This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

Library of
Thomas B. Curtis, M.D.
bequeathed to the
Boston Medical Library
Association.
1881.

S

Dr. Curtis
to Pott.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Clichy, -- Imp. Paul Dupont et Ce, rue du Bac-d'Asnières, 12.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

TOME I.

PARIS

G. MASSON ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1873

SOMMAIRE

ANATOMIE.

I. **Analyses :** Système nerveux : *Luys*, p. 1 ; *Butzke*, p. 2 ; *Gerlach*, p. 5 ; *Rindfleisch*, p. 6 ; *Axel Key*, p. 5 ; *G. Retzius* et *Mierzejeusky*, p. 13. — Cornée, *Lavdowki*, p. 15. — Glandes salivaires, *Ebner*, p. 17. — Veines et artères ombilicales, *Berger*, p. 19. — Rate, *Kyber*, p. 20.

II. **Travaux à consulter :** Conservation des sujets de dissection à Londres, p. 22. — Lobes surnuméraires du poumon de l'homme, *Pozzi*, p. 23. — Rate, *Silvester*, p. 24. — Thymus, *Thaon*, p. 24. — Nerfs du péritoine, *L. Jullien*, p. 25. — Muscle tenseur du tympan, *F.-E. Weber*, p. 25. — Placenta, *Winkler*, p. 25. — Os sésamoïdes, *Gillette*, p. 26. Nerfs des raies et torpilles, *Ranvier*, p. 26. — Numération des globules sanguins, *Malassez*, p. 26. — Tendons, *Ciaccio*, p. 27.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 27 et 28.

PHYSIOLOGIE.

I. **Analyses :** *Küss*, p. 29. — Sommeil, *Langlet*, p. 30. — Circulations entéro-hépatique et hépato-rénale, *Lussana*, p. 32. — Moyen d'obtenir chez le chien de grandes quantités de lymphe, *Lesser*, p. 34. — Pneumogastrique comme accélérateur cardiaque, *Schiff*, p. 36. — Sphincter vésical, *Budge*, p. 42. — Glande lacrymale, *Demtschenko*, p. 44. Réaction des nerfs au moment de la mort, *Filehne*, p. 45. — Influence des lésions traumatiques des nerfs sur les muscles, *Vulpian*, p. 50. — Aconitine allemande, *R. Bœhm* et *Wartmann*, p. 53. — Inée, *Carville* et *Polaillon*, p. 57. — Chaleur animale, *Horvath*, p. 59. — Transfusion du sang, *Mosso*, p. 60. — Sens musculaire, *Bernhardt*, p. 61. — Absorption cutanée, *Rœhrig*, p 63.

II. **Travaux à consulter :** Production d'acide carbonique chez l'homme, *Liebermeister*, p. 63. — Mouvements du tube digestif, *Braam-Honckgeest*, p. 65. — Vascularisation de l'oreille du lapin, *A. Moreau*, p. 66. — Pneumogastrique, *Arloing* et *Tripier*, p. 67. — *Legros* et *Onimus*, p. 68. — Nerfs cardiaques, *Mosso*, p. 68. — Gaz du sang, *Mathieu* et *Urbain*, p. 69. — Possibilité de suspendre la circulation artérielle de sa propre rétine, *Baréty*, p. 70. — Irritation du cerveau par aménie, *Mosso*, p. 70. — Influence des lésions médullaires sur la calorification des membres inférieurs. Excitabilité des faisceaux antérieurs de moelle, *Vulpian*, p. 71. — Fonctionnement du cerveau, *Fournié*, p. 71. — Injections interstitielles dans la substance nerveuse centrale, *Nothnagel*, p. 71. — Corde du tympan chez le lapin et le chien. Atrophie musculaire après section des nerfs, *Vulpian*, p. 72. — Urée, *Rabuteau*, p. 72. — Mécanique des muscles, *Schlagdenhauffen*, p. 73. — Oxalate de chaux chez les grenouilles, *Vulpian*, p. 73. — Graphiques des allures du cheval, *Marey*, p. 73.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 73-75.

CHIMIE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Coagulation de la fibrine, *A. Schmidt*, p. 75. — Acide phosphorique de l'urine dans les maladies du cerveau, *Mendel*, p. 80. — Réaction de la cholestérine, dosage de la potasse dans l'urine, analyses chimiques du cœur. Dosage de l'urée et des chlorures dans l'urine contenant de l'iodure de potassium, une cause d'erreur de la réaction de Trommer, *Salkowski*, p. 82-84. — Chaux dans l'urine, *Soborow*, p. 84. — Acide kynurique et kynurine, *Schmiedeberg* et *Schultzer*, p. 85.

II. **Travaux à consulter :** Reproduction de la glycérine, *Friedel* et *Sylva*, p. 86. — Examen spectroscopique du sang, *Falk*, p. 87. — Cholécyanine, *Stokvis*, p. 87. — Sang comme ferment, *Tiegel*, p. 88. — Dosage de la chaux et de l'acide phosphorique du sérum sanguin, *R. Pribram*, p. 98. — Dosage de l'acide urique, *Schwanert*, p. 87. — Guide médical pour l'analyse des urines et des calculs urinaires, *Marais*, p. 90. — Analyse quantitative de l'albumine, *Liborius*, p. 90.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 91.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. **Analyses :** Atlas de *Lancereaux* et *Lackerbauer*, p. 92. — Nouvelles recherches sur l'inflammation, *Axel Key* et *Wallis*, *Max Schede*, *Flemming Chapmann*, p. 93-102. — Altérations du sang, *Riess*, *Birch-Hirschfeld*, p. 102-106. — Tuberculose, *Grancher*, *Green*, *Thaon*, p. 107 à 110. — Veines normales et variqueuses, *Soboroff*, *Cornil*, p. 110 à 114. — Nécroses, gangrènes, *Lancereaux*, p. 114. — Corps granuleux des foyers cérébraux, *Huguenin*, p. 116.

II. **Travaux à consulter :** Manuel de *Cornil* et *Ranvier* (2e partie), p. 117. — Métamorphoses graisseuses, *Ledegank*, p. 118. — Lésions musculaires dans la tuberculose, *Thaon*, p. 118. — Anévrisme de la crosse aortique, *Coyne*, p. 119. — Affections cardiaques dans la diphthérie, *Bouchut*, *Labadie-Lagrave*, p. 119. — Sarcome à cellules endothéliales, *Neumann*, p. 120. — Myxome du foie, *Cornil* et *Cazalis*, p. 120. — Inoculation cancéreuse, *Hyvert*, p. 121. — Kyste du conduit auditif externe, *J. Renaut*, p. 122. — Microcéphalie, *Adriani*, p. 122. Double canal central avec une moelle saine, *Seguin*, p. 122. — Perspiration cutanée, *Socoloff*, p. 123. — Lupus, scrofule et tuberculose, *Friedlænder*, p. 123. — Organismes végétaux de l'intestin des cholériques, *Kyber*, p. 124. — Moignons anciens, *J. Pihet*, p. 124. — Examen de la moelle dans un cas de pied-bot congénital, *Coyne et Troisier*, p. 124. — Exostose du rocher, *Chouppe*, p. 125. — Trajets des abcès par congestion, *Soltmann*, p. 125. — Hermaphrodite, *Virchow*, p. 125. — Echynorhynque chez l'homme, *Weelch*, p. 126. — Induration brune avec inflammation croupale du poumon, *Koester*, p. 126. — Granulations inflammatoires, *Heiberg*, p. 126.

III. **Renseignements bibliographiques,** p. 127 et 128.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Anémie intertropicale, *Wucherer*, p. 129. — Hémorrhagies rénales dans la variole, *Unruh*, p. 131. — Pathogénie de l'angine herpétique, *A. Ollivier*, p. 132. — Leçons sur les maladies du système nerveux, *Anstie*, p. 133. — Aphasie, *Wilks*, p. 134. — Points douloureux névralgiques et irritation spinale, *Armaingault*, p. 136. — Paralysie labio-glosso-laryngée : *Joffroy*, p. 137 ; *Onimus*, p. 140 ; *Krishaber*, p. 141. — Griffe par lésion du nerf cubital, *Duret*, p. 142. — Leçons sur les affections du cœur, *Black*, p. 143.

— Estomac en sablier, p. 145. — Paralysies des muscles du larynx, *Duranty*, p. 146. — Péritonite cancéreuse; *Duncan*, p. 147. — Anévrisme de la base du cerveau, *Bartholow*, p. 149.

II. **Travaux à consulter :** Sclérose cérébrale et médullaire : *Buchwald*, p. 151; *Jolly*, p. 152. — Aphasie, *Samt*, p. 153. — Tumeur osseuse du cerveau, *Wickcham-H. Lydall*, p. 153. — Tumeur sarcomateuse du cervelet et de la protubérance, *Soulier*, p. 153. — Atrophie du cervelet, *Pierret*, p. 154. — Tubercule de la moelle, *Habersohn*, p. 155. — Atrophie musculaire progressive, *Lockart-Clarke*, p. 157; *Riva*, idem. — Paralysie linguale par hémorrhagie du bulbe, *H. Jackson*, p. 158. — Innervation musculaire, *Hitzig*, p. 159. — Hématidrose, *Wilks*, p. 159. — Névralgie de la cinquième paire, *Gillette*, p. 160. — Névralgie diaphragmatique, *Peter*, p. 160. — Névralgie abdominale, *Voisin*, p. 161. — État de mal épileptique, *Bourneville*, p. 161. — Transpiration unilatérale de la tête avec examen du sympathique, *Seguin*, p. 162. — Zona intercostal spontané, *Coyne*, p. 162. — Mal du sommeil, *Marduel*, p. 163. — Thrombose et embolie, *Lidell*, p. 163. — Anévrismes de l'aorte, *Little*, p. 164; *A. Renault*, idem. — Force aspiratrice du cœur, *Brugnoli*, p. 165. — Symphyse cardiaque, *Loze*, p. 165. — Péricardite et pleurésie chez un rhumatisant, *Broadbent*, p. 166. — Rupture du cœur, *Lowe*, p. 166. — Cyanose, *Johnston*, p. 167. — Morts subites, *Barry*, p. 168. — Température après la thoracentèse, *Laboulbène*, p. 168. — Hydropneumothorax, *Thompson*, p. 169. — Ulcération tuberculeuse de la langue, *Feréol*, p. 169. — Cancer de l'estomac, *Harris*, p. 170. — Guérison spontanée d'un kyste hydatique du foie, *Bahrdt*, p. 170. — Palpation par le rectum des organes abdominaux, *G. Simon*, p. 170. — Cancer du bassin, *Ivilson-Steele*, p. 171. — Parotites, *Schützenberger*, p. 171. — Endocardite ulcéreuse, *Habersohn*, p. 172. — Rein unique, *Willard*, p. 172. — Scarlatine chez les syphilitiques, *Woakes*, p. 172. — Dengue, *Dunkley*, p. 173. — Fièvres intermittentes pneumoniques, *Armaingault*, p. 173. — Urine de la fièvre bilieuse hématurique, *Bérenger-Féraud et Trouette*, p. 173. — Analyses de l'urine dans la maladie d'Addison, *Rosenstern*, p. 174. — Morve chez l'homme, *Captand*, p. 174. — Ladrerie humaine, *Lancereaux*, p. 176.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 177-180.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. **Analyses :** Maladies des ovaires, *S. Wells*, p. 180. — Indications de l'ovariotomie, *Freund*, p. 183. — Inflammation utérine, *Tilt*, p. 185. — Perforation de l'utérus par la sonde, *Rahl-Rückhard* et *Lehmus*, p. 188. — Absence de symphise pubienne, *Litzmann*, p. 189. — Déchirure du périnée, *Olshausen*, p. 191. — Endométrite des cholériques, *Slavjansky*, p. 194. — Version dans les rétrécissements pelviens, *Borinski*, p. 195. — Hématocèle avec utérus double, *Freund*, p. 197.

II. **Travaux à consulter :** Dysménorrhée intermenstruelle, *Priestley*, p. 198. — Ovariotomie : *Miner*, p. 199; *Knight*, p. 208; *Lee*, idem; *Keith*, idem; *Gilette*, idem. — Seconde menstruation par les seins à 56 ans, *Tueffard*, p. 201. — Hypertrophie du col pendant la grossesse, *Scarlau*, p. 201. — Rhumatisme puerpéral, *Quinquaud*, p. 201. — Vomissements incoercibles : *Notta*, p. 202; *Graily-Hewitt*, idem. — Vessie irritable, *Playfair*, p. 206. — Septième puerpérale, *d'Epine*, p. 204. — Affections puerpérales, traitement, *Copeman*, p. 205. — Mortalité, *Hogg*, id. — Tétanos après l'avortement, *Wiltshire*, p. 286. — Traitement de l'éclampsie, *Divet*, p. 207. — Température dans l'éclampsie, *Budin*, p. 207. — Grossesse gémellaire, *Leroy*, p. 207. — Anomalie des vaisseaux du placenta, *Ruge*, p. 208. — Molluscum de la fesse, p. 208. — Erésipèle de l'ombilic, *Fualdès*, p. 208. — Rotation vicieuse des épaules dans les présentations du sommeil, *Dohrn*, p. 209. — Céphalotripsie répétée, *Pajot*, p. 209. — Opération césarienne, *Yarrow*, p. 210. — Procédé d'extraction des membranes, *Godard*, p. 240. — Traitement des hémorraghies après la délivrance, *Flornoy*, p. 410.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 211-215.

MALADIES DES ENFANTS.

I. **Analyses :** Roséole, *Thomas*, p. 215. Invagination, *Max Herz*, p. 218. — Hémiplégie, aphasie et hémichorée à la suite d'une endocardite, *Wrany*, p. 220. — Hydrate de chloral, *Steiner*, p. 222. Fistules urinaires ombilicales par l'ouraque, *Gruget*, p. 224.

II. **Travaux à consulter :** Poids dans les maladies, *Thaon*, p. 226. — Exhanthème spécial, *Uffelmann*, p. 227. — Fistules urinaires ombilicales par l'ouraque, *Gueniot*, p. 228. — Athérôme crânien, *Wrany* et *Neureutter*, p. 228. — Rage, *Armand*, p. 229.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 230 et 231.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

I. **Analyses :** Lupus épithéliomateux des extrémités, *Busch*, p. 232.—Altérations des os dans la syphilis héréditaire, *Parrot*, *Waldeyer* et *Kœbner*, p. 232. Syphilis précoce du système osseux, *Mauriac*, p. 235. — Affections cérébrales syphilitiques, *Owen Rees*, p. 238.

II. **Travaux à consulter :** Larves développées dans la peau, *Bérenger-Féraud*, p. 240. — Erythème noueux, *Bès*, p. 240. — Urticaire, *Hofling*, p. 241. — Electro-thérapie, *Bear*, p. 241.— *Mann*, p. 242. — Chromydrose par le chlorure d'argent, *Hulke*, p. 242. — Ulcérations anales, *Péan* et *Malassez*, p. 242.— Paraplégie syphilitique, *Hale*, p. 243. — Syphilis héréditaire, *Rivington*, p. 243. — Tremblement syphilitique, *Aparicio*, p. 244.— Paralysie générale syphilitique, *Silver*, p. 245. — Cas rares de syphilis, *Drysdale*, p. 245. — Injections de sublimé, *Hansen*, p. 246.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 246 et 247.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. **Analyses :** Rôle des alcooliques dans l'accroissement de la folie et du suicide, *Lunier*, p. 247. — Maladies mentales dues à l'anémie, *Scholz*, p. 250. — Agoraphobie, *E. Cordes*, p. 252.

II. **Travaux à consulter :** Délire mélancolique après fièvre intermittente ortiée, *Calmette*, p. 253. — Troubles mentaux dans l'atrophie musculaire progressive, *Mac Dowald*, p. 253. — Miélyte postérieure des aliénés, *Rabenau*, p. 254.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 255.

MEDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

I. **Analyses :** Étude médico-légale sur la folie, *Amb. Tardieu*, p. 256. —Preuves légales de la folie, *Reynolds*, p. 258. — Fumée de tabac, *Heubel*, p 260.

II. **Travaux à consulter :** Recherches du sang, *Falk*, p. 262. — Recherches des poisons et des taches de sang, *J.* et *R. Otto*, p. 262. — Alcoolisme chez les enfants, *Paluel de Marmon*, p. 263. Empoisonnement par l'aconit, *Thompson*, p. 264.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 264-266.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

I. **Analyses :** Traitement de la pleurésie, *Moutard-Martin*, *Baccelli*, *Béhier*, *Brouardel*, *Féréol*, discussion de la Soc. méd. des hôpitaux, p. 266. — Diabète sucré, *Foster*, p. 273. — Strychnine et chloral, *Oré*, p. 274. — Chloroforme anglais, *Hager*, p. 276. — Hydrate de chloral, *Arndt*, p. 276. — Sulfate de cinchonine, *Briquet*, p. 277. Vinaigre préservatif de la variole, *Roth*, p. 278. — Moule vénéneuse irlandaise, son emploi contre le tétanos, *Crumpe*, p. 279. Assainissements dans l'Inde: *Ballot*, p. 281; de *Rensy*, p. 282.

II. **Travaux à consulter :** Digitaline cristallisée, *Widal*, p. 283. — Quinine, *Guyochin*, p. 283.—*L. Colin*, p. 284. — Quinine dans les prodrômes de la variole, *Schwenniger*, p. 284. — Sulfate de berbérine dans les affections utérines, *Peugnet*, p. 284. — Alcaloïdes de la cévadille, *Weigelin*, p. 285. — Thébaïne, *Arzerouny*, p. 285.—Eucalyptus; *Campion*, *Rabuteau*, etc., p. 286. — Feuilles du laurier d'Apollon, anti-fébrifuge, *Doran*, p. 286. — Elimination des sels mercuriels, *H. Byasson*, p. 286. — Bromures dans les affections prurigineuses, *Guéneau de Mussy*, p. 287. — Picrate d'ammoniaque, antipériodique, *Dujardin-Beaumetz*, p. 287. — Pepsine, nouvelle préparation, *Scheffer*, p. 288. Electro-thérapie: *Bruckner*, p. 288; *Althauss*, idem; *Lelorain*, p. 289. — Hydrotérapie dans les affections cardiaques, *Sieffermann*, p. 289. — Réfrigérants dans la fièvre typhoïde, *H. A. Fournié*, p. 289. — Appareil respiratoire contre les bronchites du sommet, *Hanke*, p. 290. — Anti-sudorifiques, *J. Finot*, p. 291; — *Sydney Ringer*, p. 291. — Dyspepsie des phthisiques, *Loquin*, p. 292. — Teinture d'indigo dans la fièvre typhoïde, *Duffield*, 293. — Prophylaxie de la variole. *Du Moulin*, p. 293. — Vaccin et inoculation post-vaccinale, *L. Papillaud*, p. 293. — Rétrovaccination, *Braidwood*, p. 294. — Choléra, *Boutigny*, p. 294. — Appareil urinaire, *Mallez*, p. 294. — Iodoforme, *Decuignières*, p. 295. - Tremblement, *Eulenburg*, p. 295. — Action de l'iode sur les tubes en caoutchouc, *Buquey*, *Dujardin-Beaumetz*, *Duquesnel*, p. 296. — Enduits isolants, *Hernier*, p. 296.—Anti fermentescibles, *Rabutean* et *Papillon*, *Béchamp*, *Jaquez*, *Petit*, p. 297 et 298. — Substances antifermentescibles, *Crace Calvert*, p. 298. — Désinfection de l'air, *Samson*, p. 298. — Analyse des eaux potables, *Monier*, p. 299. — Action morbide de la chaux et de la magnésie des eaux potables, *Murray*, p. 299. —Dyssenterie et fièvres palustres par ingestion d'eaux marécageuses, *L. Colin*, p. 299. — Observations ozonométriques, *Huller*, p. 300. — Habitude, *Pauly*, p. 300.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 301 et 304.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. **Analyse :** Clinique de la Charité, t. Ier *Gosselin*, p. 304. — Périarthrite scapulo-humérale, *Duplay*, p. 311. — Consolidation des fractures, *Wolff*, p. 313. — Accroissement des os, *Maas*, p. 314. — Réunion tardive et non-réunion des os, *Callender*, p. 315. — Résorption de l'humérus après une fracture, *Porter*, p. 317.—Atrésies du canal intestinal, *Dehio*, p. 318. — Kystes hydatiques de la paroi abdominale, *Moutet*, p. 320. — Hydrocèle des vésicules séminales, *Smith*, p. 322. — Epithéliome lingual, *Wood*, p. 323.

II. **Travaux à consulter :** Mécanisme des fractures malléolaires, *Didion*, p. 325.—Fractures, *Leisrink*, p. 325. — Contusion du rachis et fracture du fémur, *Corwin*, p. 326. — Fracture du crâne avec aphasie, *Mac Carthy*, p. 326. — Enfoncement de l'os malaire, *Laville*, p. 227. — Fractures indirectes du rachis, *D. Mollière*, p. 327. — Inflammation chronique des épiphyses du genou, *Ruggi*, p. 328. — Nécrose totale des os longs, *Gueterbock*, p. 329.— Carie lombaire, méningite rachidienne généralisée, *Brietzcke*, p. 330. — Ostéomyélite des amputés, *Poulet*, p. 330. — Hyperostoses multiples avec ostéoporose, *Mears*, *Keen*, *Allen et Pepper*, p. 331. Luxation rare du coude, *Date*, p. 331.

— Mortalité relative des blessures en temps de guerre et en temps de paix, *Volkmann*, p. 332. — Plaie pénétrante de l'abdomen, guérison, *Horton*, p. 332. — Anévrisme fémoral guéri par ligature, *Moutet*, p. 333. — Anévrismes des os, *Moutet*, p. 333. — Ulcère végétant de marjolin, *M. Dowell*, p. 334.— Contusion du nerf radial, *Lannelongue*, p. 334. — Abcès du poumon s'ouvrant à l'ombilic, guérison, *Waring-Curran*, p. 335.— Abcès périnéphriques, *L. Colin*, p. 335. — Maladies du rectum et de l'anus, *Esmarch*, p. 335.— Pied varus acquis traumatique, *Bartels*, p. 336. — Rétraction de la ponévrose palmaire, *Roque*, p. 336. — Ruptures de la vessie, *Gouley*, p. 337. — Fièvre dans les maladies des voies urinaires, *Malherbe*, p. 338. — Rétrécissement de l'urèthre, pathogénie, *Stilling*, p. 338. — Fistules utéro-péritonéales, *Lawson-Tait*, p. 338. — Classification des tumeurs, *Serre*, p. 339.—Kyste congénital du cou, *Mac-Mahon*, p. 340; *Hardie*, idem. — Polype du larynx , *Paluel de Marmon*, p. 341. — Tétanos, *Hodges*, p. 341. — Emphysème sous-cutané traumatique, *Roux*, p. 341. — Pyohémie, *Copeman*, p. 342; *Moxon*, idem. — Statistique des amputations de cuisse à Calcutta, *Fayrer*, p. 342.—Désarticulation de l'épaule chez une femme enceinte, guérison, p. 343.

III **Renseignements bibliographiques :** p. 343-349.

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

I. **Analyses :** Traité d'ophthalmoscopie et d'optométrie, de M. *Perrin*, p. 349. — Manuel des maladies des yeux, *Macnamara*, p. 351. — Traité des maladies des yeux de *Soelberg-Wells* (traduct. franç.), p. 353. — Maladies du nerf optique dans les affections cérébrales, *Manz*, p. 354. — Glaucome, *Galezowski*, p. 355.— Retinite pigmentaire, *Landolt*, p. 356. — Irido-choroïdite métastatique, *Schmidt*, p. 358. — Obstruction des voies lacrymales, *Naudier*, p. 360. — Mouvements du sang visibles dans la rétine humaine, *Becker*, p. 361. — Passage de Vénus sur le soleil, lettre de *Giraud-Teulon*, p. 363. — Influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, *Klein*, p. 364. — Extraction de la cataracte, *Jeaffreson*, p. 366. — Greffe dermique, en chirurgie oculaire, *Wecker*, p. 367. — Maladies de l'appareil auditif (T. IV. fasc. 1er du *Traité de pathologie externe* de Follin), *Duplay*, p. 368. — Hydrate de chloral dans l'otite moyenne, *Lucae*, p. 374.

II. **Travaux à consulter :** Glaucome, *Rydel*, p. 376. — Paralysie du petit oblique, *Cuignet*, p. 376. — Insuffisance des obliques, *Savary*, p. 376. — Diplopie de la paralysie de la IIe paire, *Cuignet*, p. 377. — Aniridie et aphakie traumatiques, *Samelson*, p. 377. — Amblyopie alcoolique, *Apostoli*, p. 377. — Affections oculaires syphilitiques, *Fournier*, p. 378. — Rétroflexion de l'iris, *Samelson*, p. 378. — Iridectomie accidentelle, *Chisolm*, p. 378. — Arrachement de l'iris, *Folker*, p. 378. — Affections consécutives aux maladies des voies lacrymales, *Guément*, p. 379. — Extraction d'un cysticerque du corps vitré, conservation de la vue, *Hirschberg*, p. 379. — Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, *Gayat*, p. 380. — Détermination des constantes optiques, *Mandelstamm et Schœler*, p. 380. — Ophthalmoscope de démonstration, *Hogg*, p. 380. — Numérotage des verres de lunette, *Monoyer*, p. 380. — Utilité de l'opthalmoscope dans les affections cérébrales, p. 381. — Photomètre, *Yvon*, p. 381. — Influence des verres correcteurs sur l'acuité visuelle, *Woinow*, p. 382. — *Image ophthalmoscopique* des gros vaisseaux de la retine, *Schneller*, p. 382. — Strychnine dans les maladies des yeux, *Gori*, p. 383. — Trépan oculaire, *Wecker*, p. 383. — Extraction de la cataracte, *Taylor*, *Manché*, p. 384. Chirurgie oculaire des anciens, *Anagnostakis*, p. 385. — Exploration de l'oreille, *Lévi*, p. 385. — Rhinoscopie, *Voltolini*, p. 386.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 386, 387.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. **Analyses :** Statistique sur le traitement de l'anévrisme de l'artère sous-clavière, *Alf. Poland*, p. 388. — Traction pneumatique contre l'enfoncement des os du crâne, *Larkin*, p. 390. — Résection du genou, *Holmes*, p. 391.— Résection du maxillaire inférieur, *J. Lizars*, p. 392. — Dilatation artificielle de l'anus et du rectum; introduction de sondes élastiques et injections forcées dans l'intestin, *G. Simon*, p. 393. — Lithotritie perinéale, *Dolbeau*, p. 395. — Taille rectale, deux nouvelles méthodes, *Th. Schaeffer*, p. 396. — Nouvelles sutures, *Th. Schaeffer*, p. 398. — Ruptures compliquée et ancienne du perinée, *Hirschberg*, p. 399.

II. **Travaux à consulter :** Morts par le chloroforme et l'éther, *Morgan*, *Kruming*, p. 400. — Méthylène-éther, *Richardson*, p. 401. — Injections d'ammoniaque dans les cas de mort prochaine, *Tibbits*, etc., p. 401 et 402. — Transfusion du sang, *Leisrink*, p. 402. — Injections de perchlorure dans les tumeurs cirsoïdes, *Onfray*, p. 402. — Appareils de *Beau* pour les fractures compliquées des membres, p. 403. — Fractures du crâne avec enfoncement, *Busch*, p. 403. — Ulcères, *Cowen*, p. 404. — Greffe, *Bartlett*, p. 404. — Kystes hydatiques et abcès du foie, *Dieulafoy*, p. 404. — Résorption de tumeurs par injections interstitielles, *Heine*, p. 405. — Tumeurs graisseuses, *Gay*, p. 405. — Cancer utérin, *Simpson*, p. 406, *Wiltshire*, idem. — Extirpation de la parotide avec ligature des gros vaisseaux, guérison, *M. Clellan*, p.407. — Injections de tartre stibié contre les kystes sébacés, *Greuell*, p. 407. — Ablation des astragales dans un pied bot double, *Lund*, p. 407. — Résections du genou, *Metzler*, *Adams*, p. 408. — Résection simultanée du cubitus et du radius dans les fractures compliquées de l'avant-bras, *Moutet*, p. 409. — Résection du coude, *Augé*, p. 409. — Suppression de la compression digitale dans les amputations, *Pillet*, p. 410. — Trépan, *Moutet*, p. 410. — Autoplastie de la face, *Bourgeois*, p. 411. — Aiguilles à galvanopuncture, *Murray*, p. 411. — Trachéotomie par la galvanocaustique, *Voltolini*, p. 411. — Trachéotomie et laryngotomie, *Hueter*, *Colley*, p. 412; *Thomas*, p. 413. — Becs de lièvre complexes, *Albert*, p. 413. — Anus artificiel, colotomie, *Laffan*, *Howse*, p. 414. — Varicocèle, *Davison*, p. 415. — Fistule vésico-vaginale, *Weiss*, p. 415; *Keen*, p. 416. — Uréthrotomie, *Brou*, p. 416. — Taille bilatérale, *Patoureau*, p. 417. — Rétrécissements infranchissables, *Jordan*, p. 417. — Méthodes et instruments du professeur Corradi, *Fayrer*, p. 418.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 418-423.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

I. **Analyses :** Mycodermes, microzymas, monades, fermentation, septicémie, infection purulente, *Pasteur*, 424 et 426; *Frémy*, 465; *Béchamp et Estor*, 428; *Rindfleisch*, 430; *Grimm*, 431; *Davaine*, 433; *P. Vogt*, 437; *Greveler et Hueter*, 439; *Chauffard*, 442. — Étiologie du typhus exanthématique : *Chauffard*, 445; *Kelsch*, p. 447.

II. **Travail à consulter :** Fièvre jaune à Montevideo, *Scrivener*, p. 444.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 448.

SOMMAIRE

ANATOMIE.

I. **Analyses :** Artères de l'encéphale : *Duret*, p. 449 ; *Heubner*, p. 451. — Épiderme et Épithéliums, *Farabeuf*, p. 453. — Poils, *Duval*, p. 455. — Muqueuse olfactive, *Exner*, p. 457. — Crête acoustique, *Ebner*, p. 459. — Cellules tendineuses, *Gruenhagen*, p. 461. — Fibre musculaire des insectes, *Grunmach*, p. 463.

II. **Travaux à consulter :** Conservation des cadavres, *Leprieur*, p. 463. — Embaumement, *Howse*, p. 463. — Anomalies musculaires, *Beswick-Perrin*, p. 464. — Rate, Olga *Stoff* et Sophie *Hasse*, p. 464. — Capsules surrénales, *Brunn*, p. 465. — Trajet cérébral des cordons antérieurs, *Lebedeff*, p. 465. — Muqueuses, *Debove*, p. 466. — Cellules hépatiques, *Bock* et *Hoffmann*, p. 466. — Spermatozoïdes, *Neumann*, p. 467. — Vaisseaux, *Gerlach*, p. 468. — Conduits lacrymaux, *Manfredi*, p. 468. — Substance interstitielle du testicule. *Hofmeister*, p. 469. — Cuticule dentaire, *Tomes*, p. 469. — Fibrine du sang, *Ranvier*, p. 469.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 470.

PHYSIOLOGIE.

I. **Analyses :** Locomotion, *Carlet*, p. 471; *Marey*, p. 473. — Corde du tympan. *Prévost*, p. 475; *Vulpian*, p. 476 (2 art.), — Fibrine, *Lussana*, p. 477; *Albini*, p. 480. — Chaleur animale, *Rosenthal*, p. 480. — Hibernation, *Horvath*, p. 482. — Froid sur la grenouille, *Horvath*, p. 482. — Nerfs vaso-moteurs, *Legros*, p. 483. — Nutrition après la saignée, *Baüer*, p. 485. — Cerveau, *Fournié*, p. 488. — Expériences diverses de *Schiff*, p. 491-496. — Cœur, *Paton*, p. 496. — Bromures, *Clarke* et *Amory*, p. 498. — Digitaline, *Ackermann*, p. 499. — Nicotine, *Basch* et *Oser*, p. 501. — Chlorure de sodium, *Falck*, p. 502. — Eau, *Falck*, p. 504. — Reins, *Primavera*, p. 506. — Courant galvanique, *Zancopulos*, p. 508. — Laryngoscopie chez les animaux, *Schmidt*, p. 509.

II. **Travaux à consulter :** Electricité humaine, *Klemm*, p. 510. — Température, *Casey*, p. 511. — Utérus, *Schlesinger*, p. 511. — Combustions respiratoires, *Estor* et *Saint-Pierre*, p. 512. — Oxyde de carbone, *Gréhant*, p. 512. — Pression barométrique, *Bert*, p. 513, (2 art.). — Nerfs vagues, *Arloing* et *Tripier*, *Masoin*, p. 514. — Moelle, *Meizhuisen*, p. 515. — Rétine, *Duval*, p. 516. — Anesthésie par le froid, *Horvath*, p. 517. — Hypnotisme des animaux, *Czermak*, *Preyer*, p. 517. — Parole, *Oakley Coles*, p. 518. — Engraissement, *Hoffmann*, p. 519. — Digestion dans l'enfance, *Sonsino*, p. 520. — Foie pendant la lactation, *Sinéty*, p. 520. — Bile et suc pancréatique, *Defresne*, p. 520. — Ferment hépatique, v. *Wittich*, p 521. — Injection d'air dans les vaisseaux, *Laborde* et *Muron*, p. 521. — Syncope, *Brown-Séquard*, p. 522. — Ovule du lapin, *Weil*, p. 522. — Ménopause, *Cohnstein*, p. 523. — Pénétration des leucocytes, *Lortet*, p. 523. — Régénération du cristallin, *Milliot*, p. 524. — Osmomètre, *Carlet*, p. 524.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 524-526.

CHIMIE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Sang, *Schutzenberger* et *Risler*, p. 527. — Lait, *Soxhlet*, p. 529; *Heintz*, p. 531. — Corps albuminoïdes, *Nasse*, p. 532. — Fer du sang et des aliments, *Boussingault*, p. 533. — Ozone et antozone, *Fox*, p. 535. — Dosage de l'acide urique, *Maly*, p. 537. — De l'urée, *Yvon*, p. 537. — Recherche et élimination du mercure, *Mayençon* et *Bergeret*, p. 539. — Fermentation alcoolique, *Fitz*, p. 540.

II. **Travaux à consulter :** Oxygène actif, *Fudakowski*, p. 541. — Composition des os, *Weiske-Proskau*, p. 541; *Aeby*, p. 542; *Papillon*, p. 542. — Urine de chèvre, *Weiske-Proskau*, p. 543. — Suint, *Schulze*, p. 543. — Alcaloïdes en présence du sucre et de l'acide sulfurique, *Schneider*, p. 544. — Gaz pour inhalation, *Meyer*, p. 544. Phosphate de chaux dans l'urine des phthisiques, *Renzi*, p. 545. — Synthèse des substances douées du pouvoir rotatoire, *Jungfleisch*, p. 545. — Ammoniaque de l'urine, *Tidy* et *Woordman*, p. 546. — Dosage des sucres par liqueurs cupriques, *Possoz*, p. 546. — Ems, *Fresenius*, p. 547. — Altération des Eaux-bonnes dans un air limité, *Martin*, p. 547. — Nouveau calcul du bœuf, *Roster*, p. 548. — Calcul salivaire, *Blas*, p. 549.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 549 et 550.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. **Analyses :** Inflammation étudiée sur la cornée, *Purser*, p. 550; *Talma*, p. 552; *Pfungen*, p. 553. — Régénération épithéliale chez les grenouilles, *Biesadiecki*, p. 554. — Maladies dues aux bactéries, *Eberth*, p. 555. — Processus diphthéritique, *Eberth*, p. 556. — Inflammation de la cornée par infection septique, *Leber*, p. 558. — Plaies d'armes à feu, *Klebs*, p. 559. — Guérison par première intention des plaies tendineuses, *Guterbock*, p. 563. — Nerfs sectionnés, *Ranvier*, p. 564. — Nouvel hématozoaire, *Lewis* et *Cunningham*, p. 566. — Anomalies des ovaires, *Puech*, p. 567. — Cœur gras, *Ponfick*, p. 568. — Propagation du cancer épihélial aux ganglions, *Gussenbauer*, p. 569. — Cœur humain à trois cavités, *Messenger Bradley*, p. 573. — Reins, *Perl*, p. 574.

II. **Travaux à consulter :** Traité de *Rindfleisch* (trad. franç.), p. 576. — Nouvelle théorie de l'inflammation, *Grasset*, p. 577. — Pus épithélial, *Heller*, p. 578. — Lymphatiques de la peau, *Biesiadecki*, p. 578. — Thrombus, *Durante*, p. 578. — Ganglions résorbant les épanchements sanguins, *Orth*, p. 579. — Arrêt de développement du sphénoïde dans l'imbécillité, *Hanot*, p. 579. — Lésions du pancréas chez un diabétique, *Silver*, p. 579. — Parasite de la fièvre récurrente, *Obermeier*, p. 580. — Tumeurs diverses, *Perls*, p. 580. — Tumeur du rectum, *Barker*, p. 581. — Tumeurs mélaniques, *Nepveu*, p. 582. — Odontome, *Tomes*, p. 583. — Sarcomses chez un rat, *Liouville*, p. 583. — Gliome développée chez une poule, *Berger*, p. 583. — Arrêt de développement d'un des os de l'avant-bras, *Poncet*, p. 583. — Vésicules séminales transformées en uretères, *Hoffmann*, p. 584. — Absence des pectoraux, *Burney Yeo*, p. 584. — Difformité congénitale de la clavicule, *Bennett*, p. 585. — Monstruosités, *Suckling*, p. 585; *Kahnt*, p. 586. — Hétérotopie et hyperplasie de substance grise, *Meschede*, p. 586 et 587. — Hernie mésentérique, *Dubay*, p. 587. — Diverticulums duodénaux, *Roth*, p. 587.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 588-590.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Leçons de *Bennett*, p. 590. — Electrisation localisée, *Duchenne*, p. 593. — Typhus pétéchial, *Maurin*, p. 601. — Typhus abdominal, *Biermer*, p. 607. — Erysipèle, *Pfleger*, p. 609; *Raynaud*, p. 611. — Diphthérie, *Senator*, p. 613; *Mosler*, p. 614. — Tuberculose, *Burdel*, p. 615; *Pidoux*,

p. 616; *Grancher*, p. 619; *Thaon*, p. 620; *Sanson*, p. 622; *Lebert*, p. 623; *Voinot*, p. 626. — Sarcina ventriculi, *More*, p. 628. — Leucémie, *Mosler*, p. 629. — Mal de Bright, *Gull*, p. 630; *Johnson*, p. 633 et 634. — Pyélo-néphrite hémato-fibrineuse, *Ollivier*, p. 641. — Urémie, *Rosenstein*, p. 642. — Anomalies de l'ataxie locomotrice, *Charcot*, p. 644. — Sclérose primitive du faisceau médian des cordons postérieurs, *Pierret*, p. 649. — Localisation des fonctions cérébrales, *Wernher*, p. 651. — Pachyméningite cervicale hypertrophique, *Joffroy*, p. 654. — Thermométrie dans les affections du système nerveux, *Bourneville*, p. 658. — Trophonévrose faciale, *Frémy*, p. 661. — Leçons sur les maladies du système nerveux, *Anstie*, p. 664. — Contracture hystérique, *Bourneville* et *Voulet*, p. 667. — Névropathie cérébro-cardiaque, *Krishaber*, p. 669. — Chorée mortelle, *Thompson*, p. 670.

II. **Travaux à consulter** : Phonométrie, *Baas*, p. 672; *Guttmann*, p. 672. — Choléra, *Lewis* et *Cunningham*, p. 673. — Hémorrhagies dans la fièvre typhoïde, *Maclagan*, p. 674; *Wunderlich* fils, p. 675. — Variole, *Zuelzer*, p. 675; *Meyer*, p. 676; *Simon*, p. 677; *Salvy*, p. 677; *Rodet*, p. 678; *Bakewell*, p. 678; *Scheby-Buch*, p. 679; *Russell*, p. 680; *Ogston*, p. 681; *Rochlitz*, p. 681. — Accès pernicieux dans une fièvre typhoïde, *Lubansky*, p. 681. — Hémorrhagies bronchiques et phthisie pulmonaire, *Teissier*, p. 682. — Tuberculose, *Aufrecht*, p. 682. — Eruption du chloral, *Blunt*, p. 683. — Urine de l'hémophilie, *Wichkam-Legg*, p. 683. — Insuffisance aortique avec bruit à la pointe, *Foster*, p. 683. — — Dyspepsie, *Caulet*, p. 684. — Rhumatisme, *Heyman*, p. 685. — Migraine, *Clifford-Allbutt*, p, 685; *Anstie*, p. 686; *Latham*, p. 686 et 687. — Tétanos abortif, *Kussmaul*, p. 688. — Anurie hystérique, *Charcot*, p. 688. — Paralysie infantile, *Vulpian*, p. 688. — Tétanie, *Bauer*, p. 689. — Thrombose des sinus, *Marty*, p. 689. — Mise à nu et extension des nerfs rachidiens. *Nussbaum*, p. 690. — Doigts à ressort, *Dumarest*, p. 690. — Fièvre du début de la phthisie, *Bettelheim*, p. 691. — Thermométrie, *Séguin*, p. 691. — Thermométrie clinique, *Sutils*, p. 691. — **Observations de maladies du système nerveux**, *Scholz*, p. 692 et 694; *Moll*, p. 695; *Troisier*, p. 697; *Chouppe*, p. 697; *Smith*, p. 697; *Lockhart-Clarke*, p. 698; *Chouppe*, p. 698; *Sawyer*, p. 699; *Sieffert*, p. 699; *Peltier*, p. 703; *Edes*, p. 703; *Smith*, p. 704; *Habershon*, p. 706; *Heaton*, p. 707; *Foot*, p. 708; *Hayem*, p. 708; *Gombault*, p. 709; *Nieden*, p. 711. — *Jamot*, p. 711. — **Observations de maladies du cœur**; *Rosapelly*, p. 711; *Whipham*, p. 712; *Broadbent*, p. 712; *Burney*, p. 713; *Simon*, p. 713; *Labaraque*, p. 713; *Lawson*, p. 714. — **Observations de maladies des vaisseaux**, *Johnson*, p. 715 et 716; *Anderson*, p. 716; *Coupland*, p. 716; *Kussmaull*, p. 716; *Troisier*, p. 718; *Baréty*, p. 718.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 719-728.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. **Analyses** : Métrite interne, *Lombe-Atthill*, p. 728. — Ovariotomie, *Sims*, p. 729. — Hystérotomie, *Péan* et *Urdy*, p. 731. — Catarrhe utérin des pelvi-péritonites, *Piotrowski*, p. 734. — Déviations utérines : *Schultze*, p. 735, *Schrœder*, *Olshausen*, p. 736. — Procidences des membres dans les présentations céphaliques, *Rubé*, p. 742. — Gastrotomie pour grossesse extra-utérine, *Lawson-Tait*, p. 744.

II. **Travaux à consulter** : Ulcération du col, *Gallard*, p. 745. — Cautérisation dans la métrite chronique, *Blanchard*, p. 745. — Abcès des glandes vulvo-vaginales, *Mareschal*, p. 746. — Aspiration des spermatozoides par le col de l'utérus, *Wernich*, *Beck*, p. 746. — Tuberculose des organes génitaux de la femme, *Lebert*, p. 747. — Orifices de l'utérus, *Duncan*, p. 748. — **Observations d'ovariotomie et de maladies des ovaires**, *Duncan*, p. 749, *Knaggs*, p. 749, *Clemens*, p. 750. — **Observations diverses sur les maladies des femmes** : *Senator*, p. 750, *Eade*, p. 751, *Verneuil*, p. 751, *Smith*, p. 751, *Bischoff*, p. 752, *Puech*, p. 753, *Fischel*, p. 753, *Borland*, p. 754. = Col utérin pendant la grossesse, *Blomberg*, p. 754. — Inversion utérine, *Weiss*, p. 755. — Déchirure du périnée, *Bourgeot*, p. 755. — Tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique, *Treille*, p. 756. — Primipares âgées, *Ahlfeld*, *Cohnstein*, p. 757. — Insertion vicieuse du placenta, *Bailly*, p. 758. — Version podalique, *Fritsch*, p. 758. — Ballon à air

Vinay, p. 759. — Céphalotribe et forceps-scie, *Bachos*, p. 759. — Chloral dans l'éclampsie et pendant le travail, *Dujardin-Beaumetz*, p. 760; *Bourdon*, p. 760. — Thermométrie appliquée au fœtus, *Cohnstein*, p. 761 (2e art.). — Lésion non décrite due au forceps, *Guéniot*, p. 762. — **Observations diverses relatives à l'obstétrique**, *Barms*, p. 762; *Lecler*, p. 762; *Atthill*, p. 763; *Stoddard*, p. 764; *Ruge*, p. 764; *Cushing*, p. 764; *Chauvin*, p. 765.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 765-771.

MALADIES DES ENFANTS.

Analyses : Compendium de *Steiner*, p. 772. — État des muqueuses dans la rougeole, *Monti*, p. 777. — Péliose rhumatismale, *Kaltenbach*, p. 781. — Traitement de la méningite tuberculeuse, *Bierbaum*, p. 783. — Trachéotomie, *Bartels*, p. 784.

II. **Travaux à consulter :** Gangrène morbilleuse, *Sostrat*, p. 787. — Accidents rares de la diphthérie, *Heubner*, p. 788. — Arcs branchiaux, *Lesser*, p. 789. — Dégénérescence caséeuse des ganglions, *Lorey*, p. 790. — Traitement de la coqueluche, *Mac lean*, p. 791; *Berry*, p. 792. — **Observations de maladies des enfants**, *Simon*, p. 792; *Waldenburg*, p. 792; *Murchison*, p. 793; *Schepers*, p. 793; *Hennig*, p. 795.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 796 et 797.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

I. **Analyses :** Rhinosclérome, *Geber*, p. 798. — Syphilis chez la femme, *Fournier*, p. 799. — Rétrécissements du rectum, *Mason*, 803. — Affection syphilitique particulière des mains et des pieds, *Morgan*, p. 804.

II. **Travaux à consulter :** Lichen hypertrophique, *Charpy*, p. 806. — Xanthome palpébral, *Geber* et *Simon*, p. 806. — Psoriasis, *Balmanno Squire*, p. 807. — Favus de la souris, *Simon*, p. 807. — Acide phénique à l'intérieur dans quelques maladies de la peau, *Guentz*, p. 807. — Molluscum contagiosum, *Eames*, p. 808; *Ferrier*, p. 808. = Chancre mou, accident constitutionnel initial, *Vidal*, p. 808. — Affections oculaires syphilitiques, *Fournier*, p. 809. — Syphilis des bourses séreuses et hydarthroses tertiaires, *Verneuil*, p. 809. — Paralysie syphilitique des cordes vocales, *Jackson*, p. 810. — Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique, *Tachard*, p. 810. — Syphilis pendant la grossesse, *Sigmund*, p. 810. — Mercure et syphilis, *Nagel*, *Zechmeister*, p. 811. — **Observations de maladies syphilitiques**, *Riegel*, p. 811; *Mollière*, p. 811; *Oser*, p. 812; *Hutchinson*, p. 813; *Sturgis*, p. 814.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 815-817.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. **Analyses :** Alcool et absinthe, *Magnan*, p, 817. — Paralysie générale, *Foville*, p. 819. — Alcool dans les maladies mentales, *Obermeier*, p. 821.

II. **Travaux à consulter :** Effets morbides de l'alcool, p. 822. — Epilepsie chez le chien par le sulfate de quinine, *Jacoubowitsch*, p. 823. — Relations des dents et de la bouche avec le développement intellectuel, *Langdon-Down*, p. 823. — Convulsions alcooliques chez un nouveau-né, *Vernay*, p. 824. — Paralysie générale, *Magnan* et *Mierzejewsky*, p. 824. — Influence des maladies incidentes sur l'aliénation, *Langlois*, p. 826. — Taches de l'arachnoïde dans la paralysie générale et la lypémanie, *Hanot*, p. 826. — Agoraphobie, *Webber Williams*, p. 827. — Hématome de l'oreille, *Magnan*, p. 827 — Dégénérescence héréditaire par saturnisme, *Roque*, p. 827. — Deux sœurs atteintes du délire de persécution, *Legrand du Saulle*, p. 828.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 828-830.

MEDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

I. **Analyses :** Observation de mort naturelle pouvant faire croire à une pendaison ou à un étranglement, *Behrend*, p. 830. — Toxicologie du groupe benzinique, de la nitro-glycérine, des acides azotique et sulfurique, *Starkow*, p. 832.

II. **Travaux à consulter :** Etat fœtal des poumons chez les nouveau-nés qui ont vécu, *Pincus*, p. 833. — Sels de calcium, *Rabuteau* et *Ducoudray*, p. 833. — Empoisonnement aigu par le phosphore, *Rœssing*, p. 834. — Hydrocotarnine, *Falck*, p. 835. — Nicotine antidote de la strychnine, *Blatin*, p. 835. — **Divers cas d'empoisonnement**, *Boud*, p. 835; *Morley*, p. 836; *Ferrier*, p. 836; *King*, p. 837; *Popoff*, p. 837; *Dobie*, p. 838.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 838-840.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

I. **Analyses :** Bromures, *Hammond*, p. 840; *Voisin*, p. 841. — Rhumatisme, *Guéneau de Mussy*, p. 843. — Lithine, *Garrod*, p. 844. — Propylamine, *Dujardin-Beaumetz*, p. 846. — Hydrothérapie, *Riegel*, p. 848. — Acide phénique, *Rosenbach*, p. 849. — Agents de putréfaction et antiseptiques, *Dougall*, p. 849.

II. **Travaux à consulter :** Éléments de thérapeutique et de pharmacologie, de *Rabuteau*, p. 852. — Voies d'absorption des médicaments, *Amagat*, p. 852. — Hyoscyamine, *Oulmont*, p. 853. — Ergotine, *Wernich*, p. 854. — Chlorhydrate d'apomorphine, *Mœrz*, p. 855. — Alcalins, *Mialhe*, p. 855. — Pétrole, *Chevallier*, p. 855. — Essences oxygénées dans la phthisie, *Chéron*, p. 856. — Hydrothérapie dans les fièvres intermittentes rebelles, *Fourcade*, p. 856. — Réfrigérants dans la fièvre typhoïde, *Ferrand*, *Behrens*, p. 857. — Eucaplyptus, *Kirchberg*, p. 857. — Borax et nitrate dans l'aphonie, *Corson*, p. 858. — Lait dans l'hydropisie et l'éléphantiasis, *Richards*, p. 858. — Térébenthine dans la phlegmatia, *Copeman*, p. 859. — Avoine, *Marie*, p. 859. — Sulfovinates, *Rabuteau*, p. 860. — Chorée, *Wade*, p. 860. — Nouveau traitement de la dyspepsie et de l'anémie, *Brown-Séquard*, p. 860. — Tannin dans la pleurésie, *Duboué*, p. 861. — Vaccination, *Taylor*, p. 861. — Respiration artificielle contre l'emphysème, *Gerhardt*, p. 862. — Iodure de potassium dans les anévrysmes, *Balfour*, p. 862. — Dyssenterie, *Detray*, p. 862; *Cersoy*, p. 863. — Acide cyanhydrique (conservation et dosage), *Petit*, p. 863. — Conservation du seigle ergoté, *Gobley*, p. 863. — Pommade mercurielle (préparation rapide), *Magnes-Lahem*, p. 864. — Extrait de malt houblonné, *Champouillon*, p. 864. — Ponction aspiratrice dans les kystes hydatiques, *Dujardin-Beaumetz*, p. 864. — Ponction intestinale dans la fièvre typhoïde, *Muron*, p. 865. — Aspiration dans les maladies de l'estomac et les empoisonnements, *Dieulafoy*, p. 865. — Traité d'hygiène de *Becquerel*, revu par *Beaugrand*, Manuel d'hygiène de *Wilson*, p. 865. — Conservation de substances alimentaires par le froid, *Boussingault*, p. 866. — Silicate de soude, *Picot*, p. 866.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 866-873.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. **Analyses :** Traité de chirurgie d'armée, de *Legouest*, p. 873. — Traité de *Pitha* et *Billroth*, p. 874. — Pied bot, *Adams*, p. 882. — Tumeurs congénitales ano-coccygiennes, *Buman*, p. 884. — Conditions influant sur le développement du cancer, *Hulke*, p. 886. — Ostéomyélite des plaies par armes à feu, *Bœckel*, p. 887. — Mécanisme des hernies, *Wernher*, p. 888. — Fractures du crâne, *Félizet*, p. 890. — Maladies du rectum, *Allingham*, p. 893. — Désordres nerveux dus à l'explosion d'obus, *Rhetl*, p. 894.

II. **Travaux à consulter :** Caillots cardiaques, cause de mort après les opérations, *Fayrer*, p. 894. — Température de la tunique vaginale, *Huppert*, p. 895. — Erysipèle, *Testut*, p. 896. — Rétraction des doigts, *Morgan*, p. 896. — Fractures du col, *Kœnig*, p. 897. — Hémorrhagies des plaies d'armes à feu, *Bœckel*, p. 897. — Fistules parotidiennes, *Cadot*, p. 897. — Pseudarthroses, *d'Hubert*, p. 848. — Cancer rongeant, *Hulke*, p. 898. — Blessures par armes à feu, *Gillette*, p. 899. — Fractures, *Leisrink*, p. 899. — Arthrite du genou dans les fractures du fémur, *Berger*, p. 900.— Luxation sous-coracoïdienne, *Hutchinson*, p. 901. — Diarrhée par ulcère du rectum, *Annandale*, p. 901. — Paralysie traumatique du nerf radial, *Tranchant*, p. 902. — **Observations de plaies**, *Gibbes*, *Watson*, p. 902, *M'Even*, *Sautelle*, *Ashhurst*, *Guignet*, p. 903. — **Observations de luxations**, *Weer*, p. 904, *Balles*, *Cooper*, *Smith*, p. 905, *Southam*, p. 906. — **Observations diverses**, *Hitzig*, *Batchelder*, *Bruinsma*, p. 907.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 908-918.

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

I. **Analyses :** Traité des maladies des yeux, de *Meyer*, p. 918.— Anesthésiques dans la chirurgie oculaire, *Duwez*, p. 919. — Amétropie et myopie, *Miard*, p. 921. — Diagnostic de l'insuffisance musculaire, *Kugel*, p. 927. — Extraction de la cataracte, *Sichel*, p. 929, *Little*, p. 932. — Vices de réfraction, *Mauthner*, p. 934. — Association, *Donders*, p. 937. — Amaurose après hémorrhagies, *Samelsohn*, p. 939. — Décollement de la rétine, *Galezowski*, p. 941. — Iritis pigmentaire, *Ritter*, p. 942. — Iritis particulière aux enfants nés de parents goutteux, *Hutchinson*, p. 942. — Circulation du nerf optique et de la rétine, *Leber*, p. 944. = Thrombose des sinus dans l'otite, *Schwartze*, p. 946. — Vaisseaux du tympan, *Burnet*, p. 947.

II. **Travaux à consulter :** Circulation de l'œil vue à l'ophthalmoscope, *Cuignet*, p. 948. — Affections oculo-dentaires, *Métras*, p. 948, *Galezowski*, p. 949. — Kératite syphilitique récidivée, *Dixon*, p. 949. — Néoplasies mélanotiques *Munster*, p. 950. — Résorption de la cataracte, *Hamilton*, p. 950. — Cure radicale des tumeurs lacrymales, *Monoyer*, p. 951. — Nouveau procédé d'extraction linéaire, *Notta*, p. 951. — Iridectomie dans le glaucome, *Thomas*, p. 951. — Strichnine dans l'atrophie du nerf optique, *Hoog*, p. 952. — Douches de vapeur dans la kératite, *Boncour*, p. 952. = Région naso-palatine étudiée sur le vivant, *Magnus*, p. 952. — Otorrhées bleues, *Zaufal*, p. 953. — Anomalies auditives dans la chlorose et le mal de Bright, *Neftel*, p. 954. — Néoplasie parotite externe, *Engelmann*, p. 954. — Extraction de corps étrangers du conduit auditif, *Gruber*, p. 954, *Tillaux*, p. 955. — Seringue pour injections dans le canal nasal, *Weigersheim*, p. 955. — Paracentèse du tympan, *Schwartze*, p. 955.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 956-959.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. **Analyses :** Chirurgie opératoire, *Maunder*, p. 959. — Mort par le protoxyde d'azote, p. 960. — Pansement de Lister, *Zayas-Bazan*, p. 961, *Schultze*, p. 962. — Greffe cutanée, *Bryant*, 963, *Martin*, 965. — Résections, *Volkmann* ; 966, *Hueter*, 970. — Néphrotomie, *Peters*, 972, *Dawson*, 974. — Rétrécissement du rectum. *Pinguet*, 975. — Trachéotomie par galvano-cautère, *Bourdon*, 976. — Notes de chirurgie opératoire, *Stokes*, p. 978. — Leçons de pratique chirurgicale, *Richardson*, p. 979.

II. **Travaux à consulter :** Anesthésiques, *Richardson*, *Demarquay*, p. 981. Electricité, *Bruns*, *Michel*, *Lefort*, p. 982. — Méthode aspiratrice, *Castiaux*, p. 983. — Hydarthrose, *Cormier*, p.

983. — Résections, *Annandale*, *Causin*, *Butcher*, p. 984, *Stokes*, p. 985. *Carothers*, *Ashhurst*, 986. — Greffes, *Dron*, *Thierfelder*, p. 987. — Œsophagotomie interne, *Tillaux*, 987. — Extraction de corps étrangers de l'œsophage, *Trednelenburg*, p. 987. — Nouvelle opération de l'ongle incarné, *Cotting*, 988. — Désarticulation traumatique de la corne inférieure du thyroïde, *Holden*, 988. — Instrument pour déterger la vessie, *Chivat*, p. 989. — Moyens propres à détacher les concrétions adhérentes de la vessie, *Reliquet*, p. 989. Fragmentation de calculs vésicaux, *Stilling*, p. 989. — Taille, *Folker*, p. 989. — *Hingston*, p. 990. — Extraction d'une sonde de la vessie, *Stokes*, p. 990. - Rétentions complètes d'urine, *Cazenave*, p. 991. — *Pierre Teevan*, p. 991. — Rétrécissements du rectum, *Sirot*, p. 992. — Chute du rectum, *Boutié*, p. 992. — Dénudation et tension du sciatique contre l'ischialgie, *Patruban*, p. 992. — Compression élastique dans le mal perforant, *Jolly*, p. 993. — Pustule maligne, *Vignard*, p. 993, *Féréol*, p. 993.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 994-1005.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Analyses : Traité de Climatologie, *Armand*, p. 1005. — Typhus, *Bouchardat*, p. 1007, *Michaux*, p. 1008. — Pathogénie de la fièvre, *Hueter*, p. 1009, *Senator*, p. 1012, *Weil*, 1014. — Fermentation, putréfaction, septicémie, *Gayon*, p. 1016, Bais, p. 1016, *Nedsvetzki*, p. 1017, *Klebs*, p. 1018, *Vulpian*, p. 1022, *Davaine*, p. 1023, *Lancereaux*, p. 1025, *Boulay*, p. 1026, *Béhier* et *Liouville*, p. 1028, *Popoff*, p. 1030, *Wolff*, p. 1030, *Ominus*, p. 1034.

Travaux à consulter : Maladies régnantes, *Besnier*, 1036. — Mortalité de Berlin, *Virchow*, p. 1036. — Contagion intra-utérine, *Campa*, p. 1037. — Fièvre aphtheuse chez l'homme, *Briscoe*, p. 1037.

Renseignements bibliographiques, p. 1038.

Clichy, — Imp. Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

ANALYSES

Anatomie et histologie normales du système nerveux.

Il a paru, durant ces derniers mois, un certain nombre de mémoires originaux et d'ouvrages d'ensemble sur l'anatomie du système nerveux. Nous allons passer en revue les plus importants de ces travaux, et nous commencerons par le plus étendu d'entre eux pour analyser ensuite ceux qui portent sur un point particulier, relatif à la description ou à la texture des centres nerveux, de leurs cavités, de leurs enveloppes.

Icenographie photographique des centres nerveux, par J. LUYS. (*Première livraison. Texte, feuilles* 1 *et* 2. *Photographies et planches, I à XVII.*)

Cette première livraison contient la description du cerveau proprement dit par laquelle M. Luys commence l'étude des centres nerveux.

Nous ne pouvons nous étendre sur le compte rendu du texte explicatif placé en tête du magnifique atlas, qui est la partie essentielle et vraiment nouvelle de cette publication.

Dans ce texte l'auteur donne un résumé succinct de ses idées sur la conformation intérieure du cerveau; tous les détails qu'il renferme sont en quelque sorte empruntés au travail qui a acquis dan-

ces derniers temps une si grande notoriété. (*Recherches sur le système nerveux*, par J. Luys, Paris, 1865.)

Nous renverrons donc, pour toute la partie didactique de l'œuvre récente de M. Luys, à son premier ouvrage et aux nombreuses analyses qui en ont été publiées.

Les planches annexées au texte comprennent : 1° des photographies prises d'après les préparations anatomiques ; 2° des lithographies retraçant, isolant pour ainsi dire, les principales dispositions reproduites sur les épreuves photographiques, dont elles facilitent l'intelligence.

Les planches photographiques, soit de grandeur naturelle, soit obtenues avec un grossissement plus ou moins considérable, sont remarquables par leur fidélité et la netteté des détails que l'on peut y saisir. Toutes les particularités morphologiques des coupes cérébrales y sont reproduites ; l'effet même surpasse parfois la réalité, et la coloration trop accentuée des couches corticales nuit en certains points aux qualités artistiques que l'ouvrage possède au plus haut degré.

Les dessins explicatifs lithographiés laissent quelquefois à désirer au point de vue du fini et même de l'exactitude. Les planches de l'ancien ouvrage de M. Luys nous paraissent supérieures, au moins sous le premier chef.

Cet atlas est une importante contribution à l'iconographie des centres nerveux, qui avait fait peu de progrès en France depuis la publication de *la Névrologie* d'Hirschfeld. Il sera une ressource précieuse à ceux qui voudront suivre les descriptions d'anatomie normale et pathologique ; ils auront ainsi réellement sous les yeux des préparations du cerveau, exécutées avec beaucoup d'habileté et reproduites avec une rare précision.

Studien über den feineren Bau der Grosshirnrinde (Études sur la structure intime de l'écorce du cerveau), par Victor BUTZKE, de Moscou. (*Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrank. IIIe vol. 3e fasc., p.* 575, 600 ; 1872.)

Butzke s'est surtout proposé dans ses recherches l'étude des connexions qui unissent entre eux les divers éléments des couches corticales du cerveau. Il lui a fallu tout d'abord déterminer les caractères de ces éléments. Pour atteindre ce but, il s'est appliqué, comme Deiters, à les isoler avec soin et à les soumettre à l'action de réactifs. Il s'est surtout servi de solutions d'hydrate de chloral, soit à parties égales, soit au dixième ; il a encore employé une combinaison d'acide osmique avec l'hydrate de chloral. Ces réactifs dissolvent en grande partie les matières grasses contenues dans les éléments nerveux, et facilitent l'étude des cellules ; mais, par là même, la recherche des tubes nerveux et de leurs connexions est

rendue plus difficile, leur enveloppe de myéline ayant été dissoute en totalité ou en partie.

La description des cellules nerveuses est une application des observations de Deiters à ceux de ces éléments que renferme l'écorce.

Le caractère distinctif de ces cellules serait la striation longitudinale qui se remarque tant sur le corps cellulaire que sur ses prolongements; Butzke la considère comme caractérisant la cellule nerveuse au même titre que la striation transversale caractérise la fibre musculaire.

L'aspect granuleux que présente quelquefois le corps cellullaire est-il dû à de fines granulations contenues dans l'intervalle des fibrilles constituantes? Est-il dû à des variquosités de ces fibrilles? Butzke ne peut décider cette question.

Ces fibrilles, d'après Butzke, se diviseraient probablement dans l'intérieur même de la cellule.

Dans les couches corticales la forme pyramidale des cellules paraît la plus fréquente, ainsi qu'Arndt et Meynert l'ont démontré; elle ne se rencontre pas exclusivement néanmoins.

Les cellules nerveuses de l'écorce varient beaucoup d'éclat. Les moins réfringentes sont celles où le noyau est le plus visible. Cette différence tient probablement à leur composition chimique et surtout à la présence de graisse à leur intérieur.

L'aspect réticulé de la surface de plusieurs cellules peut s'expliquer par diverses hypothèses. On peut supposer l'existence d'un réseau fibrillaire qui entourerait le corps cellulaire, ou de prolongements qui du noyau iraient gagner la surface de la cellule; ou bien invoquer un simple phénomène d'optique dû à la réfraction de la lumière par les angles de la cellule.

Prolongements cellulaires.—Le prolongement axile (de Deiters) s'abouche avec la cellule soit directement, soit par l'intermédiaire d'un prolongement de la base.

A peu de distance de la cellule on le voit rejoindre d'autres cylindres d'axe. Le procédé même employé par l'auteur ne lui a pas permis de le voir se recouvrir de myéline.

Sa division caractéristique en deux ou trois branches formant une sorte de triangle dont le noyau occupe la base, décrite par Deiters, a été vérifiée par Butzke. Celui-ci croit pouvoir affirmer que ce prolongement ne tire pas son origine des fibrilles longitudinales de la cellule, mais qu'il naît dans leur intervalle.

Quant aux petits prolongements à base triangulaire dont Deiters fait également l'aboutissant de fibres nerveuses, Butzke les a observés, mais n'a pu vérifier leurs connexions. Il admet néanmoins l'opinion de Deiters.

Jamais l'auteur n'a vu les autres prolongements cellulaires se continuer avec des tubes nerveux, quoiqu'il les ait souvent suivis sur une grande longueur. Il combat sur ce point l'opinion de Arndt,

qui veut que le prolongement culminant se recourbe pour rentrer dans la substance blanche, en devenant une vraie fibre nerveuse.

Que deviennent donc ces prolongements? Suivant l'auteur ils se divisent jusqu'à ce qu'ils se résolvent en fibrilles des plus fines, associées en un *réseau terminal*. Ces fibrilles ont un aspect variqueux qui peut ou leur appartenir en propre, ou être dû à l'adhérence qu'elles présentent avec des granulations très-fines. Celles-ci, répandues sur le trajet des fibrilles et dans leur intervalle, se mettent en séries pour former des lignes ponctuées. Ces lignes sont les *fibrilles terminales* de Butzke ; leur ensemble constitue le *réseau fibrillaire terminal*. Ce réseau est en rapport avec les ramifications ultimes des prolongements cellulaires ; leurs connexions réelles ne sont pas encore connues.

Équivalents de cellules (de Deiters). — C'est le second ordre d'éléments que l'on trouve dans l'écorce. Adoptant entièrement les idées de Deiters, Butzke donne à ces cellules le nom particulier de cellules de névroglie (*Gliaelemente*).

Il y reconnaît :

1° — Des noyaux libres qu'il considère comme le résultat de violences exercées par l'observateur;

2° — Des corps pourvus de noyaux et de prolongements des plus fins, non variqueux ; ils sont placés dans la couche superficielle des circonvolutions;

3° — D'autres corps à noyaux plus volumineux, à prolongements finement variqueux ;

4° — Toute une série d'éléments formant la transition entre ces cellules de névroglie et la cellule conjonctive vraie.

Les prolongements les plus volumineux de ces cellules peuvent être suivis dans une grande étendue ; ils ressemblent presqu'à s'y méprendre à des fibres élastiques, mais ils en diffèrent par leur réaction avec l'acide acétique. Le procédé même employé par l'auteur ne lui a pas permis de reconnaître s'ils s'entourent de myéline.

D'autres prolongements bien manifestement conjonctifs vont s'insérer aux parois vasculaires.

Quant aux prolongements les plus fins, on ne sait s'ils établissent des connexions entre deux ou plusieurs de ces corps par anastomoses.

Des connexions de ces éléments avec les éléments du tissu conjonctif, Butzke conclut qu'un certain nombre de ces corps appartiennent à ce tissu. Il suppose qu'un bon nombre d'entre eux sont de nature nerveuse ; mais l'absence de relations démontrées avec des éléments positivement nerveux, l'empêche, pour se conformer à la règle de Deiters, d'être affirmatif à cet égard.

La *substance intermédiaire* n'est pas, comme on le dit, un ciment qui unirait tous les éléments sans disposition réglée. C'est un réseau des plus fins où affèrent les prolongements des cellules

de névroglie, les prolongements des cellules nerveuses et leurs divisions ultimes. La masse moléculaire qui renferme ce réseau adhère aux cellules de névroglie plus qu'aux cellules nerveuses ; pour Butzke elle est constituée par de la myéline. Celle-ci, finement granulée, renfermerait donc une sorte de réseau soutenu par les prolongments des cellules de névroglie, et formé par les divisions ultimes des prolongements des cellules nerveuses : ce réseau est l'intermédiaire qui mettrait celles-ci en rapport. Il est partout formé de ces fibrilles très-finement variqueuses, ou de ces séries linéaires de granulations qui forment le réseau fibrillaire terminal des prolongements cellulaires.

Ici, l'auteur quitte le terrain de l'observation et se lance dans des hypothèses où il est difficile de le suivre. L'existence de ce réseau expliquerait tout, depuis l'absence d'anastomoses directes entre les cellules de l'écorce, jusqu'au mécanisme des opérations intellectuelles les plus compliquées. Par ce système de connexions, en quelque sorte indifférentes, entre les éléments du cerveau, on rendrait compte des phénomènes de mémoire et d'oubli, d'habitude et de désaccoutumance, d'idées spontanées, de raisonnement. Aux simples actions réflexes seraient réservées les grosses anastomoses entre cellules ; l'acte cérébral proprement dit consisterait dans l'établissement et la destruction instantanée des relations établies par le réseau terminal. — Enfin, pour terminer par une citation, l'auteur termine son article en supposant que « la réunion des ramifications « ultimes des cellules ganglionnaires par un réseau susceptible de « se renouveler, de se perfectionner, de dégénérer, est le *prin-* « *cipe* dominant des relations qui caractérisent les centres nerveux « des animaux supérieurs (p. 598). »

Cette dépense excessive d'imagination jette naturellement un certain discrédit sur les faits d'observation dont l'auteur s'est tout d'abord occupé.

Il est impossible de ne point rapprocher ce travail de deux communications un peu antérieures, dans lesquelles MM. Gerlach et Rindfleisch retracent les dispositions qu'ils ont constatées, relativement à la terminaison des nerfs dans l'écorce du cerveau.

Ueber die Structur der grauen Substanz des menschlichen Grosshirns (Structure de la couche grise du cerveau), par GERLACH d'Erlangen. (*Centralblatt, f. med. Wissenschfat.*, 1872, *n°* 18, *p.* 273.)

Suivant l'auteur, des fibres nerveuses pourvues de myéline, à direction transversale, formeraient entre elles et avec les fibres radiées un réseau à grosses mailles, situé au niveau de la couche des pyramides ; ces mailles seraient remplies par un second réseau extrêmement fin, formé de fibrilles que fait apparaître le traitement au chlorure d'or ; elles ne peuvent être vues qu'au moyen des

plus forts appareils à immersion. C'est à ce réseau, où se résolvent en dernière analyse les fibres pourvues de myéline, qu'aboutiraient également les prolongements protoplasmiques ramifiés des cellules nerveuses. — Celles-ci, d'autre part, donneraient naissance à un prolongement axile déjà décrit par Deiters.

Zur Kenntniss der Nervenendigung in der Hirnrinde (Terminaison des nerfs dans l'écorce du cerveau), par E. RINDFLEISCH. (*Idem, p.* 277.)

Rindfleisch n'admet pas ce réseau fibrillaire très-fin décrit par Gerlach. Pour lui les tubes nerveux à myéline, après une série de divisions dichotomiques, finiraient par s'épuiser dans la substance granuleuse amorphe, en un pinceau de fibrilles ramifiées presque imperceptibles.

Pour l'un et pour l'autre de ces auteurs, il y aurait dans l'écorce du cerveau un double mode de terminaison pour les fibres nerveuses; les unes s'aboucheraient aux cellules, les autres se diviseraient dans la substance amorphe et iraient soit se perdre dans l'intervalle des granulations (Rindfleisch), soit s'amastomoser avec les prolongements protoplasmiques des cellules (Gerlach).

« Si l'on considérait, ajoute Rindfleisch, un de ces modes d'ori-
« gine comme particulier aux nerfs moteurs, l'autre comme propre
« aux nerfs sensitifs, il faudrait dépouiller de son importance phy-
« siologique la cellule nerveuse pour attribuer le rôle actif à la
« *substance nerveuse centrale*, à cette matière granuleuse, qui
« relie les diverses portions de la chaîne nerveuse. La cellule ne
« serait plus qu'un organe secondaire d'élaboration pour la mo-
« tricité. »

On ne saurait pousser plus loin les conséquences imaginaires d'un fait dépourvu jusqu'à présent de toute vérification, et même très-contestable, puisque ceux qui l'ont observé ne s'accordent pas entre eux.

Nous laissons aux observations futures le soin de démontrer la plus ou moins grande exactitude de ces points douteux, et nous arrivons aux recherches les plus récentes de MM. Axel Key et Retzius, sur les enveloppes du système nerveux cérébro-spinal et du grand sympathique.

Studier i. Nervsystemets Anatomi (Recherches sur l'anatomie du système nerveux), par le prof. Axel KEY et Gust. RETZIUS de Stokholm. (*Aftr. ur. Nord. Med. Arkiv., Band. IV, Nr.* 21 *och.* 25.)

Cet important travail, que les auteurs compléteront bientôt en publiant un ouvrage beaucoup plus considérable sur le système nerveux, renferme l'étude la plus détaillée des enveloppes de la

moelle, des nerfs rachidiens, du grand sympathique, ainsi que celle des cavités séreuses (ou lymphatiques) que ces membranes renferment.

A. K. et R. suivent ces enveloppes depuis le canal rachidien jusqu'aux terminaisons des nerfs périphériques, et démontrent ainsi leur continuité sur toute la longueur du système nerveux cérébro-spinal et même du grand sympathique. Ils prouvent, par la texture même de ces membranes, l'unité du vaste système de cavités dans lequel baigne la moelle, et où plongent aussi les dernières extrémités des nerfs. Leurs injections leur ont permis du reste de vérifier directement ce point anatomique, et d'étudier jusqu'aux moindres particularités que présentent les gaînes lymphatiques des nerfs et des ganglions.

Deux grandes cavités règnent autour de la moelle : l'une la *cavité subdurale* sépare la dure-mère de l'arachnoïde ; l'autre la *cavité sous-arachnoïdienne* sépare celle-ci de la pie-mère. Elles sont divisées et cloisonnées par des prolongements très-nombreux, qui dépendent tous de la pie-mère et la relient à la dure-mère ; les auteurs donnent de ces trabécules et des ligaments dentelés, les plus importants d'entre eux, une description macroscopique intéressante et nouvelle, où il serait impossible de les suivre sans entrer dans de trop longs détails.

Il faut pourtant y relever ce fait, que les prolongements de la pie-mère, infiniment plus nombreux que les anatomistes ne le croient, doivent retarder sensiblement le flux du liquide sous-arachnoïdien, et que ce dernier ne trouve guère de voie libre que sur les bords du ligament dentelé.

Ces trabécules ont une texture qui pourrait être considérée comme le type de la texture de toutes les enveloppes nerveuses, méninges ou autres. — Ce sont des faisceaux très-fins de tissu conjonctif, plongés dans une matière amorphe granuleuse, qui renferme elle-même des cellules sphériques, granuleuses, à noyau. Un endothélium entoure ces trabécules d'une couche de cellules parfaitement continue. Arrivés à l'arachnoïde, les trabécules s'en revêtent comme d'un manchon pour gagner la dure-mère : du côté de la moelle ils se condensent, s'unissent, laissant d'abord entre eux des lacunes revêtues partout par l'endothélium ; puis forment une lame unique (*tissu sous-arachnoïdien*) qui recouvre la moelle en se confondant avec la pie-mère.

Des renflements nombreux existent aux points de coalescence des trabécules ; à ce niveau les faisceaux conjonctifs passent de l'un à l'autre, la matière amorphe s'étale sous forme de plaques ; enfin l'endothélium, dont une seule cellule formait quelquefois l'enveloppe d'un trabécule dans toute sa circonférence, constitue une membrane cellulaire que nous allons retrouver sur toutes les couches de toutes les membranes rachidiennes. — Fait important, des

cellules lymphatiques se montrent dans les mailles que circonscrivent les trabécules.

L'arachnoïde a la même composition que le tissu sous-arachnoïdien avec lequel elle se continue par l'intermédiaire des trabécules : elle se compose d'un ou deux feuillets possédant chacun, entre un double revêtement endothélial, des faisceaux conjonctifs entrecroisés, pris dans une gangue granuleuse pourvue de cellules sphériques, ou de noyaux ovoïdes entourés de protoplasma. Elle renferme, en outre, quelques fibres élastiques.

Des vaisseaux, des nerfs cheminent dans l'arachnoïde et dans le tissu sous-arachnoïdien; ils sont tous entourés d'un revêtement formé par le tissu qu'ils traversent.

La pie-mère se compose de deux couches : l'une, *externe*, diffère des membranes qui la recouvrent par la disposition longitudinale de ses travées conjonctives. — L'*interne* (*intima pia* de K.) a une composition beaucoup plus complexe : elle est revêtue extérieurement par un endothélium ; puis viennent de dehors en dedans trois couches: une première à fibres élastiques ondulées longitudinales; une moyenne, à fibres conjonctives, raides, croisées à angles aigus, brillantes, à direction transversale; une interne, semblable à la plus externe. — Au-dessous de celle-ci l'on ne trouve rien que la névroglie; il n'y a point de revêtement endothélial entre la pie-mère et la moelle, non plus que d'espace épispinal. Le résultat des injections, comme l'examen direct des tissus, a conduit les auteurs à nier l'exactitude des observations de His sur ce point. Les vaisseaux situés à la face externe de la pie-mère interne pénètrent dans les dépressions infundibuliformes que la moelle présente et que tapisse cette membrane; ils sont donc toujours séparés du tissu nerveux par la pie-mère, qui forme autour d'eux des gaînes lymphatiques recouvertes d'endothélium.

Ils sont accompagnés par les fibres raides conjonctives de la pie-mère interne, qui les suivent pendant un certain temps dans les sillons même de la moelle.

Au niveau des racines des nerfs l'arachnoïde s'épaissit par l'augmentation du nombre de ses lamelles, elle se confond presque avec la dure-mère dont l'endothélium se continue par places avec le sien. C'est principalement au niveau de la racine motrice que s'observe cette multiplication : l'arachnoïde enveloppe le ganglion spinal, la racine antérieure, et va se continuer avec le périnèvre.

Sa face externe se confond avec la gaîne durale; sa face interne donne naissance à des prolongements qui pénètrent dans le ganglion ou dans la racine du nerf, et forment une transition entre le tissu sous-arachnoïdien et l'endonèvre.

Le ganglion se compose de cellules nerveuses renfermées dans des capsules formées par un épithélium très-riche en protoplasma ;

les prolongements cellulaires sont revêtus par des expansions de la capsule.

Autour de celle-ci l'on trouve plusieurs couches de tissu sous-arachnoïdien avec leur endothélium, leurs travées de fibres conjonctives.

Elles entourent ces capsules ainsi que les vaisseaux et nerfs qui pénètrent dans le ganglion. — Il faut passer sur les détails intéressants de texture pour suivre l'arachnoïde et le tissu sous-arachnoïdien sur les nerfs.

L'arachnoïde se continue ici manifestement avec *le périnèvre ;* celui-ci forme la gaîne des faisceaux primitifs : il les enveloppe, les réunit et pénètre même dans leur intérieur. L'action de l'acide pyroligneux qui gonfle les couches dont il se compose, celle de l'aniline qui colore en rose leurs limites endothéliales et leurs noyaux, permettent de l'étudier dans tous ses détails ; la simple inspection des belles planches qui suivent le texte suffit pour donner une idée des plus nettes de la manière dont le périnèvre se comporte.

Il est formé de couches concentriques, dont chacune renferme entre deux revêtements d'endothélium, une fine membrane fibrillaire ; à ses faces interne et externe l'aniline fait apercevoir des noyaux longitudinaux, l'acide pyroligneux gonfle la couche moyenne conjonctive et la rend plus visible.

On peut alors constater que ces membranes revêtent chaque faisceau primitif, et pénètrent même dans son intérieur pour s'y dissocier et se continuer avec l'endonèvre qui entoure soit chaque tube isolé, soit deux ou trois tubes nerveux réunis. Les lacunes qui existent dans le périnèvre entre l'endothélium de deux couches concentriques, se continuent donc avec des lacunes intra-fasciculaires, marquées à la coupe du faisceau nerveux par les lignes rouges qui entourent chaque tube nerveux ou chaque petit groupe de deux ou trois tubes.

A côté de l'*endonèvre* constitué par la portion en quelque sorte réfléchie du périnèvre, il y a encore un endonèvre plus compacte : chaque tube nerveux est entouré par une gaîne fibrillaire à stries longitudinales, revêtue extérieurement d'un endothélium qui est contigu à l'endothélium du périnèvre, intra-fasciculaire. Entre la gaîne fibrillaire et la gaîne de Schwann, au contraire, il n'y a point de revêtement épithélial. — Pour terminer ce qui a rapport aux gaînes des nerfs, il faut ajouter que le périnèvre entoure d'une ou plusieurs membranes concentriques les vaisseaux qui cheminent dans l'intervalle des faisceaux primitifs.

A l'intérieur de cette gaîne fibrillaire on trouve le tube nerveux, sur la structure duquel les auteurs consacrent quelques pages de leur travail. Leurs recherches, qui ont porté surtout sur la gaîne de Schwann et la myéline, leur ont permis de vérifier l'exactitude des descriptions de M. Ranvier; d'ailleurs ils ne font de ce point

qu'une mention sommaire, et renvoient pour plus de détails au grand ouvrage dont ils annoncent la publication prochaine.

Ils ont étudié surtout la terminaison du périnèvre aux *corpuscules de Pacini*. Les couches dont ce dernier se compose y croissent en diamètre et en nombre, s'écartent en laissant entre elles des espaces lacunaires où l'on trouve quelques cellules lymphatiques en migration. La texture de chacune de ces couches devient plus complexe; elles sont richement fournies sur les deux faces de noyaux oblongs pourvues de longs prolongements ; leur texture est fibrillaire, surtout sur les parties voisines de la surface ; celle-ci est recouverte par un endothélium dont le nitrate d'argent *révèle* l'existence.

L'action de l'acide osmique démontre la continuation de la gaîne de myéline jusqu'au bouton terminal, où le nerf se termine en se recourbant sur lui-même après s'être divisé plusieurs fois. Les auteurs confirment l'existence du *ligamentum intra-capsulare* de Pacini.

Tout nerf, enfin, indépendamment du périnèvre, est recouvert par un *épinèvre* conjonctif, riche en fibres élastiques, abondamment pourvu de graisse, revêtu sur les deux faces d'une couche cellulaire; cet épinèvre, qui rassemble les faisceaux primitifs, peut être considéré comme le prolongement de la dure-mère sur le nerf.

A part les modifications inhérentes aux tubes nerveux eux-mêmes, la composition des nerfs du *grand sympathique* est exactement la même que celle des nerfs rachidiens, celle des ganglions sympathiques la même que celle des ganglions intra-vertébraux. Seulement ici l'arachnoïde est remplacée par un périnèvre véritable ; un endonèvre, continuation de celui qui accompagne les tubes afférents et efférents, environne aussi les capsules ganglionnaires. L'épithélium de ces dernières est plus mince, plus *endothélial*. Les cellules nerveuses sont pourvues de prolongements ramifiés qui ne prennent jamais de myéline.

L'examen microscopique a donc fait reconnaître autour des éléments nobles des nerfs périphériques, un système d'enveloppes revêtues d'un endothélium en continuité directe avec celui des cavités spinales. A. K. et G. R. ont démontré la continuité de ces gaînes lymphatiques avec les cavités arachnoïdienne et sous-arachnoïdienne, par des *injections* dont les résultats sont figurés dans une planche très-démonstrative. Il y a déjà trois ans qu'ils ont réussi à injecter par les cavités séreuses les nerfs optiques jusqu'au globe oculaire, les acoustiques, le trijumeau jusqu'au nerf alvéolaire, les plexus sacrés et lombaires jusqu'à leurs branches terminales, etc.

L'injection peut être faite par les cavités rachidiennes, par ponction des ganglions, ou par ponction des nerfs périphériques.

Poussée dans l'espace sous-arachnoïdien, l'injection le remplit

et pénètre dans la gaîne lymphatique des vaisseaux sanguins, à travers les dépressions infundibuliformes où la pie-mère interne s'enfonce pour les accompagner. L'injection, en effet, non-seulement remplit les espaces que les trabécules laissent entre eux, mais passe entre les diverses couches du tissu sous-arachnoïdien et même de la pie-mère, pénètre dans tous les intervalles que tapisse l'endothélium. Jamais elle ne se fraye un chemin entre la moelle et la pie-mère : il n'y a pas d'espace épispinal.

Au niveau des racines des nerfs, des communications laissent passer l'injection de la cavité sous-arachnoïdienne dans la subdurale et réciproquement. Puis l'injection se répand entre les divers feuillets de l'arachnoïde et va gagner, d'une part, les ganglions spinaux et les nerfs périphériques qu'elle suit jusqu'au bout, d'autre part, les *rami-communicantes* et, de là, le grand sympathique.

Pour ce qui est des ganglions, elle commence par remplir les intervalles, tapissés d'endothélium, que l'arachnoïde laisse entre les divers feuillets, passe entre les mailles du tissu sous-arachnoïdien, et pénètre dans l'intérieur de l'organe, se répandant d'une manière diffuse autour des capsules où jamais elle ne pénètre. Si l'injection est poussée lentement, elle se répand moins uniformément et dessine des réseaux fort élégants autour des capsules ; de là elle gagne le pourtour des faisceaux nerveux efférents et court dans le tronc nerveux et dans ses branches.

Là, elle dissocie les divers feuillets du périnèvre, les accompagne dans l'intérieur même du faisceau primitif, se répand dans l'endonèvre, autour et même dans l'intérieur de chacune des gaînes fibrillaires qui environnent la gaîne de Schwann. Jamais la masse injectée ne pénètre dans celle-ci.

Au grand sympathique la marche du liquide est la même : il pénètre les ganglions du périnèvre vers l'endonèvre et les capsules ; arrivée par les *rami-communicantes* l'injection sort par les gaînes lympathiques des faisceaux nerveux efférents.

Dans l'un et l'autre système on obtient une coloration plus ou moins diffuse des ganglions par l'injection poussée par la cavité sous-arachnoïdienne ou par les nerfs afférents ; les réseaux à mailles serrées, variqueuses, qui entourent les capsules ganglionnaires se démontrent plus aisément quand on a injecté le ganglion par ponction. Les auteurs ne donnent pas la raison de ces différences.

Il faut ajouter en terminant que nulle part ces cavités ne s'abouchent directement aux vaisseaux ou aux réseaux lymphatiques proprement dits. Une fois seulement il a été donné à K. et R. de voir l'injection pénétrer dans un tronc lymphatique prévertébral.

En résumé, on trouve autour de l'arachnoïde et dans le tissu sous-arachnoïdien, dans la pie-mère, dans le périnèvre et l'endonèvre, des espaces limités par des membranes conjonctives et

revêtus d'un endothélium. Ces membranes sont continues ainsi que les cavités qu'elles limitent; les injections passent sans difficulté des dernières gaînes nerveuses dans les séreuses rachidiennes, et de ces séreuses dans les gaînes périphériques. Voilà les faits importants qui semblent bien démontrés dans ce mémoire. Si quelques-uns d'entre eux ne sont point tout à fait nouveaux, ils ont du moins été mis en lumière et établis d'une manière irrécusable par les recherches d'Axel Key et de Retzius. Non-seulement les nerfs périphériques et les ganglions flottent dans un liquide qui entoure l'axe spinal tout entier, mais ils en sont pénétrés. Une simple couche d'endothélium sépare leurs éléments nobles d'un milieu, dont les usages relatifs à leur nutrition ou purement mécaniques restent encore à étudier.

Le mémoire qui vient d'être analysé confirme plusieurs points de texture nettement indiqués, il y a quelques mois à peine dans le mémoire suivant.

Contribuzione alla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso (Del laboratorio de Patalogia sperimental di Pavia) (Recherches sur la texture des centres nerveux, faites au laboratoire de pathologie expérimentale de Pavie), par C. GOLGI. (*Rivista clinica, nov.* 1871. *S. A.* 8, *p.* 98.)

L'auteur dans ce travail fait une étude rapide des couches superficielles du cervau, du cervelet et de la moelle, et surtout de la substance conjonctive (névroglie) que l'on y trouve; il a tourné spécialement son attention sur les rapports de l'écorce avec la pie-mère; il les a toujours trouvées intimement unies, sans qu'il y eût possibilité de découvrir entre elles d'espace épicérébral ou épispinal, communiquant avec les gaînes lymphatiques des vaisseaux. Il a été conduit à nier également de la manière la plus formelle les *espaces lymphatiques péricellulaires* admis par *Obersteiner*. (Centralblatt, 1870, p. 558.)

Ces résultats s'accordent parfaitement avec deux faits indiqués par A. K. et R. Jamais ces auteurs n'ont vu d'injection poussée dans les gaînes lymphatiques des centres nerveux et des nerfs, pénétrer dans les capsules où sont contenues les cellules nerveuses, dans les ganglions spinaux ou sympathiques; jamais ils n'ont constaté son introduction entre la pie-mère interne et la surface de la moelle.

On rapprochera avec fruit des travaux précédents l'analyse publiée plus loin sur les gaînes des nerfs de la cornée. (Voir p. 15.)

A côté de ces recherches sur les méninges et les gaînes lymphatiques auxquelles elles donnent naissance, il faut placer un intéressant travail sur les cavités des centres nerveux, leur revêtement cellulaire et leurs communications avec l'espace sous-arachnoïdien.

Nous en devons l'analyse détaillée à M. le docteur Magnan.

Die Ventrikel des Gehirns, (Les ventricules du cerveau), par le docteur J. MIERZEJEWSKY, *médecin à l'hôpital de la clinique psychiatrique de St-Pétersbourg.* (*Centralblatt fur die medizinische Wissenschaften*; 1872, *n°* 40.)

L'étude histologique des parois ventriculaires de l'encéphale a été, depuis longtemps, l'objet de discussions nombreuses et de savantes recherches. Pour certains anatomistes, Purkinje, Valentin, Henle, la surface des ventricules est recouverte d'un épithélium reposant directement sur le tissu nerveux ; pour d'autres, et Virchow, en particulier, l'épithélium s'étend sur une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif. Cette dernière opinion se rattache davantage à ce qui avait été avancé par Meckel, Bichat, Cruveilhier qui, admettaient une membrane spéciale. Cette membrane était facilement isolable, d'après Meckel; de nature séreuse et dépendant de l'arachnoïde, d'après Bichat; de nature séreuse, mais indépendante, d'après Cruveilhier qui se fondait, à la fois, sur l'anatomie normale et pathologique.

Le travail de M. Mierzejewsky éclaire et fixe, d'une manière nette et précise, ces différents points en litige. La surface des ventricules est tapissée, dans son entier, par un épithélium qui, suivant son siége, se présente sous la forme cylindrique ou aplatie. Le passage des cellules cylindriques en cellules pavimenteuses, se fait d'une façon insensible et graduelle, à mesure que l'on se rapproche des points où les ventricules sont en rapport avec l'espace sous-arachnoïdien. Cet épithélium se continue avec celui qui recouvre le canal central de la moëlle épinière. La surface du corps calleux, tournée vers la cavité des ventricules, est couverte d'un épithélium cylindrique. Les deux valvules qui concourent à former la paroi supérieure du quatrième ventricule n'ont pas la même structure. La valvule antérieure (de Vieussens) contient des éléments nerveux dans son épaisseur, et sa face inférieure est recouverte d'un épithélium cylindrique. La valvule postérieure (de Tarin) n'est autre qu'une membrane composée de tissu conjonctif et tapissée par un épithélium pavimenteux.

La face libre des cellules cylindriques est recouverte de cils vibratiles; l'autre extrémité, dirigée profondément, porte des prolongements de $0^{mm},063$, qui s'enfoncent comme des racines, les unes ayant une direction perpendiculaire, les autres, oblique ou horizontale. Ce tapis épithélial, continu, se trouve fixé dans toute l'étendue des ventricules sur une couche de tissu réticulaire conjonctif. Les prolongements des cellules épithéliales n'affectent aucune union avec les ramifications des cellules du tissu réticulaire sous-jacent.

Ces résultats sont le fruit de recherches minutieuses et de nombreuses préparations faites à l'état frais et sur des pièces durcies,

chez l'homme, le bœuf, le mouton, le chien, le chat. Le durcissement a été obtenu à l'aide de l'esprit de vin, du liquide de Müller et du bichromate de potasse; mais c'est principalement d'après les préparations fraîches soumises, pendant dix heures, à l'action d'une solution au $\frac{1}{500}$ d'acide osmique, que l'on peut se faire une idée exacte de la forme de l'épithélium et de ses rapports avec le tissu sous-jacent.

Après l'étude histologique des parois ventriculaires, M. Mierzejewsky s'est appliqué à déterminer les voies de communication entre les ventricules et les relations de ceux-ci avec les parties voisines.

Le cerveau étant laissé en place, ou bien retiré avec soin de la cavité crânienne, sans déchirure des membranes, on pousse à travers le bulbe olfactif dans le ventricule latéral des injections de liquides colorés et facilement coagulables ; de là, ce liquide s'écoule en avant de la glande pinéale, et de ce point, centre de communication, il envahit les trois autres ventricules (ventricule latéral du côté opposé, troisième et quatrième ventricules). Du quatrième ventricule, l'injection passe dans le canal central de la moëlle qui s'en remplit dans toute sa longueur. D'autre part, le liquide injecté quitte les cavités ventriculaires pour se répandre dans l'espace sous-arachnoïdien en des points précis ; l'un, à la base du cerveau, vers l'extrémité de la portion dépendante ou sphénoïdale du ventricule latéral, entre le crochet (*uncus*) de la corne d'Ammon et les tubercules quadrijumeaux ; trois autres, en arrière, au niveau du quatrième ventricule, l'un médian, au-dessus du bec du *calamus scriptorius*, d'où le liquide gagne la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle ; les deux autres, situés chacun à l'angle latéral du ventricule, répondent à un espace en forme de canal. Celui-ci est compris entre le bord postérieur du pédoncule cérébelleux inférieur et le faisceau latéral du plexus choroïde qui tapisse le quatrième ventricule ; il contourne successivement les bords postérieurs, externe et antérieur du pédoncule, pour déboucher au niveau du lobule du pneumogastrique, d'où le liquide s'étend sur le cervelet et à la face antérieure de la moelle allongée. Ces orifices multiples, débouchant dans des points différents, n'impliquent pas toutefois l'existence de départements séparés dans l'espace sous-arachnoïdien : celui-ci est continu, n'offre pas d'interruption et ne présente, à l'état normal, aucun obstacle à la libre circulation du liquide cérébro-rachidien.

Les injections ont encore fait voir la communication déjà signalée par Schwalbe entre la cavité sous-arachnoïdienne et les organes de l'ouïe et de la vue, et elles ont enfin démontré l'indépendance absolue entre l'espace sous-arachnoïdien et la cavité intra-arachnoïdienne.

On voit donc que, sur deux points, les conclusions d'Axel Key et de Retzius s'écartent de celles qu'adopte Mierzejewsky.— Ces deux anatomistes admettent dans l'espace sous-arachnoïdien un grand

nombre de prolongements cellulaires, cloisons irrégulières qui partagent, quoique d'une facon fort incomplète, sa cavité et mettent un obstacle réel au cours du liquide cérébro-spinal.

Ils ont, en outre, découvert des communications nombreuses entre les cavités sous-arachnoïdienne et subdurale (arachnoïdienne) au niveau des racines des nerfs, et principalement des ganglions spinaux. Les injections poussées par les racines ont pu passer indifféremment dans l'un ou l'autre de ces espaces, elles ont même pu sortir du second pour envahir le premier. Si M... n'a point obtenu les mêmes résultats, cela tient vraisemblablement à son procédé d'injection, et surtout aux masses peu fluides et facilement coagulables qu'il employait dans ce genre de recherches.

PAUL BERGER.

Das Sangader System und die Nerven der Cornea (Du Système canaliculaire et des nerfs de la cornée), par M. LAVDOWSKI. *(Archiv. f. mikroskopische Anatomie,* **VIIIe vol., 4e fascic. 1872, p. 538.)**

L'étude des canalicules plasmatiques de la cornée, inséparable de celle de ses nerfs, occupe la première partie de ce mémoire.

On doit y signaler un historique des recherches les plus récentes faites sur ce point ; les travaux de Virchow, His, de Recklinghausen, Bowmann, Leber, Schweigger-Seidel y sont rappelés et résumés. L'auteur se range presqu'entièrement à la description que ce dernier a donnée de ces cavités, en y ajoutant un fait important.

Combinant, en effet, l'imprégnation au chlorure d'or avec les injections faites au moyen d'une solution de bleu de Prusse, L. croit être arrivé à démontrer l'existence d'une paroi propre aux canaux plasmatiques. Il décrit du reste avec soin les réseaux concentriques qu'ils forment, anastomosés par des branches passant d'une couche à la couche sous-jacente. L'intersection de plusieurs canalicules forme une cavité étoilée (cellule ou corpuscule de la cornée), qui renferme un noyau adhérent à sa paroi, entouré de protoplasma plus ou moins abondant, pourvu de nucléoles, et quelquefois en voie de segmentation ou déjà segmenté. Ces particularités ont été constatées par L. sur la cornée de l'homme, du chat, du chien, du veau, des grenouilles, des tritons, etc. ; il a contrôlé les résultats obtenus au moyen de cette méthode par ceux que lui ont donné l'imprégnation au nitrate d'argent, et les macérations dans l'iode-sérum, les acides acétique et chromique, le chlorure de sodium combinées aux injections.

Arrivant à l'étude des nerfs, l'auteur rappelle les recherches de His, Kühne, Samisch, Hoyer, Engelmann, Cohnheim, Kolliker,

Lipmann, Krause, Tolotschinow. Les rameaux nerveux qui pénètrent dans la cornée, au nombre de 8 environ chez la grenouille, de 20-48 chez l'homme, s'anastomosent aussitôt au niveau de renflements ganglionnaires pourvus de noyaux plus ou moins nombreux. Les faisceaux primitifs issus de ces renflements forment de nouveaux réseaux de plus en plus étroits, se réduisent à l'état de cylindres-axes isolés qui se segmentent eux-mêmes, et vont, les uns, gagner la couche sous-épithéliale, les autres, se terminer dans la substance fondamentale de la cornée.

Ces derniers pénètrent dans les canalicules plasmatiques et même, avant d'y arriver, s'entourent d'une gaîne que l'on injecte en même temps que les réseaux canaliculaires de la cornée. — Parvenus dans les canalicules, L. ne leur décrit pas moins de 6 ou 7 modes de terminaisons.

Les uns se jettent dans un noyau qu'on y trouve et finissent à son nulcéole. D'autres traversent ce nucléole et vont gagner le nucléole d'un noyau voisin, soit en suivant le canalicule, soit en pénétrant de nouveau dans la substance fondamentale pour se jeter dans un autre réseau cavitaire. Si le noyau n'a pas de nucléole, le cylindre-axe se confond avec sa masse ; quelquefois il est encore pourvu d'une gaîne qui, dans ce cas, s'unit au protoplasma péricellulaire. Quelquefois le cylindre-axe s'enroule seulement autour d'un noyau, pour continuer sa course sous forme d'une fibrille variqeuse des plus fines. Enfin certaines de ces fibrilles se terminent non dans un noyau, mais à la paroi même du canalicule, en s'abouchant à une plaque rhomboidale plus ou moins compliquée, pourvue ou non de noyaux.

Pour ce qui est des nerfs qui se rendent au revêtement épithélial de la cornée, des réseaux sous-épithélial et intra-épithélial, et des renflements terminaux qu'ils présentent, l'auteur confirme purement et simplement les recherches de Cohnheim. Il affirme surtout les connexions qui unissent cet ordre de rameaux à ceux qui se terminent dans la substance même de la cornée.

En finissant, il assigne à ceux-ci le rôle de nerfs moteurs, à ceux-là celui de nerfs sensitifs de cet organe.

Sans discuter cette hypothèse plus que hasardée, il faut ajouter que les recherches toutes récentes de Rollett (Stricker's Lehre v. d. Geweben, V^e livr. p. 1091) et de Klein (Quarterly journ. of. micr. sciences. oct. 1871, p. 405 ; et janv. 1872, p. 21) sur ce sujet jettent quelques doutes sur l'exactitude des résutats obtenus par l'auteur.

Aucun de ces deux anatomistes n'a pu constater la terminaison des fibrilles nerveuses dans les canalicules plasmatiques et dans leurs noyaux.

PAUL BERGER.

Über die Anfange der Speichelgange in den Aveolen der Speicheldrüsen (Origines des conduits excréteurs dans les alvéoles des glandes salivaires), par E. von EBNER. (*Archiv. f. mikroskopische Anatomie, VIIIe vol., 4e livraison*, 1872, *p.* 481.)

L'auteur s'occupe d'abord de l'origine des conduits excréteurs dans les alvéoles du *pancréas*. Ces alvéoles ne sont pas sphériques : ce sont des espaces clos, circonscrits par une membrane propre, déjà décrite par Pfluger ; ils ont une forme allongée, et représentent assez bien des tubes, sans cavité centrale, anastomosés, et remplis par les cellules sécrétantes soutenues par un réticulum qui va être décrit.

Au centre de l'alvéole se trouve le canal excréteur ; d'abord limité de chaque côté par des cellules fusiformes (*cellules centro-acinaires*), il se termine sans limite précise au milieu des cellules sécrétantes — La paroi propre de l'alvéole est reliée aux cellules centro-acinaires par des prolongements fibrillaires ou membraneux qui forment une sorte de réticulum au niveau du point où le canal excréteur sort de l'alvéole, les cellules qui le limitent se mettent en rapport avec la membrane propre par leurs prolongements. Dans les mailles du réticulum, entre la paroi propre et le conduit excréteur, sont placées les cellules sécrétantes, tantôt en une seule couche, tantôt réunies en amas plus ou moins considérables. — Ces cellules n'ont aucune espèce de prolongements : ce qui avait été décrit comme tel est dû à l'adhérence qu'elles présentent aux trabécules du réticulum.

Cette texture est démontrée par les injections d'huile d'olive qui détruisent les cellules glandulaires en respectant presque entièrement les cellules centro-acinaires et le réticulum.

En injectant une solution de bleu de Prusse dans les conduits pancréatiques au moyen d'un appareil spécial, l'auteur, plus heureux qu'Ewald (1), est parvenu dans plusieurs cas à faire pénétrer le liquide jusqu'autour des cellules glandulaires, ce qu'avaient déjà pu constater Langerhans (2), Saviotti (3) et Boll (4). Mais il ne croit pas, comme ces auteurs, que ce résultat soit dû à la présence de canalicules péricellulaires analogues à ceux qui entourent les cellules du foie. Ce seraient les trabécules du réticulum qui auraient été colorés en bleu par la solution. Celle-ci, de l'extrémité des canaux excréteurs, se répandrait dans les fentes qui séparent les cellules glandulaires, et fixerait surtout son action sur les éléments du tissu conjonctif.

(1) *Beit. z. Hist. und. Phys. der Speicheldrüsen des Hundes.* Berlin, 1870
(2) *Beitrage. z. mik. Anat. der Bauchspeicheldrüsen.* Berlin, 1869.
(3) *Arch. f. mik. Anat.* vol. V, p. 404.
(4) *Beit. z. mik. Anat. der acinosen Drüsen.* Berlin, 1869.

L'origine des conduits salivaires dans les *glandes sous-maxillaire*, *parotide* et *buccales* est plus obscure encore. V. E. établit une distinction à ce point de vue entre la parotide, qui se rapproche davantage du pancréas, et la sous-maxillaire.

Dans la glande *sous-maxillaire* la membrane propre, également continue et formée de cellules conjonctives, se relie avec le système des conduits excréteurs au centre de l'alvéole par l'intermédiaire d'un réticulum qui entoure chaque cellule en lui donnant un aspect à double contour. L'auteur contredit sur ce point l'opinion de Haidenhain (1), qui voit dans cette apparence la preuve de l'existence d'une membrane cellulaire. Les canaux vecteurs présentent une cavité d'abord limitée par de hautes cellules cylindriques, rattachées par les prolongements de leur base au réticulum intra-alvéolaire. — Plus près de l'origine de ces canaux, les cellules cylindriques sont remplacées par des cellules cubiques en rapport avec les cellules de la membrane propre ; ces cellules paraissent s'unir au revêtement des canaux et le renforcer. Ceux-ci sont ramifiés et leurs plus fines branches de division, plongées au milieu des cellules sécrétantes, n'ont d'autre paroi que le mince réticulum qui partout englobe les cellules. Les cellules glandulaires elles-mêmes sont parfois accumulées en amas complétement isolés, indépendants de l'origine des canaux salivaires ; telles sont les cellules en demi-lunes ou cellules protoplasmiques. — Les injections colorées ne montrent plus de réseau régulier péricellulaire ; elles doivent être faites avec force et entraînent fatalement des fuites et une réplétion inégale des espaces péricellulaires, ce qui ôte toute valeur aux résultats obtenus. Les injections grasses refoulent les cellules sécrétantes et le réticulum vers la paroi de l'alvéole et les tassent sans les isoler.

Dans la *parotide* les alvéoles présentent à peu près les mêmes caractères. Mais les conduits vecteurs sont tapissés d'une seule couche de cellules fusiformes qui rappellent les cellules centro-acinaires du pancréas. Du reste ces conduits, qui ont un calibre apparent comme ceux de la sous-maxillaire, ont également le même mode de division ; la même incertitude existe au sujet de leurs connexions avec les cellules sécrétantes ; les injections grasses ou colorées rencontrent le même insuccès.

En terminant, l'auteur s'attaque aux recherches de Schwalbe (2) sur les *glandes de Brunner*, et démontre par analogie et par des arguments *à priori* la fausseté de l'existence du réseau canaliculé dont cet auteur entoure leurs cellules sécrétantes.

PAUL BERGER.

---

(1) *Studien des physiologischen Institut. zu Breslau.* (4e *fasc.* 1868, *p.* 13.)
(2) *Arch. f. mik. Anat., vol. VIII.* (1er *fasc., p.* 92.)

Recherches sur la conformation intérieure de la veine et des artères ombilicales, par Paul BERGER. (*Archives de Physiologie, septembre-octobre* 1872, *p.* 551-572.)

Quelques mots historiques précèdent l'exposé des recherches de M. Paul Berger. Il cite, comme ayant décrit le premier les replis semi-lunaires des vaisseaux ombilicaux, Nicolas Hoboken d'Utrecht. (*Anatomia secundinæ humanæ repetita; Ultrajecti, 1675.*) Cet auteur aurait fait de ces soi-disant valvules une étude assez complète dont l'exactitude aurait été niée par ses commentateurs Rouhault et Verheyen. Cette particularité anatomique, tombée dans l'oubli, ne fut relevée que par deux auteurs allemands dont l'un, Neugebauer (*Morphologie der menschlichen Napelschnur.* Breslau, 1858) en entrevit seulement l'existence; l'autre, Hyrtl (*Die Blutgefasse der menschlichen Nachgeburt.* Wien, 1870), en fit une description assez bonne, mais donna aux faits observés une interprétation dont P. B. croit devoir se séparer.

L'auteur a étudié les replis semi-lunaires sur des pièces, soit insufflées et desséchées, soit préparées par corrosion, soit enfin soumises à la simple dissection. Les résultats qu'il a obtenus ont été conformes dans ces trois cas, quoique variables pour les artères et pour la veine ombilicale.

Les artères présentent à des intervalles variant de 1 à 5 centimètres des rétrécissements qui leur donnent un aspect moniliforme. Les uns ont la forme d'un collet de quelques millimètres de longueur ; les autres linéaires sont circulaires, semi-circulaires, ou spiroïdes : ils répondent au bord adhérent d'un repli dont la concavité ou bord libre regarde la lumière du vaisseau. Ce repli est annulaire (*repli diaphragmatique*) ou en forme de croissant (*r. semi-lunaire*). Sa hauteur peut atteindre 1 millimètre $^1/_2$, généralement il n'a que 0^{mm} 3-4 ; il oblitère quelquefois les $^2/_3$ du calibre de l'artère. Les replis semi-lunaires sont placés généralement sur la face de l'artère qui est opposée à l'axe du cordon ; ils sont plus nombreux dans les artères flexueuses que dans celles qui sont rectilignes.

Les replis de la veine se présentent avec les mêmes caractères. L'auteur note comme différences principales : la rareté plus grande et l'inégale répartition de ces replis dans la veine ; leurs dimensions plus considérables ; l'absence de replis circulaires ou en diaphragmes.

Ces replis ne sont point des valvules ou du moins, par leur forme, ils diffèrent essentiellement des valvules des veines et des lymphatiques. Ils sont formés par un dédoublement de la paroi vasculaire tout entière et non point seulement de sa tunique interne. Ils paraissent se développer en même temps que les vaisseaux et

ne résultent point de la distension par places des tuniques artérielles ou veineuses. Si leur forme néanmoins ne permet pas de les assimiler entièrement aux valvules des veines, leur rôle physiologique, dans les artères ombilicales du moins, semble les en rapprocher. P. B. croit qu'ils empêchent le reflux du sang du placenta vers le fœtus, et attribue à leur présence l'évacuation plus facile du sang des artères par l'extrémité placentaire que par l'extrémité ombilicale du cordon quand on cherche à vider ce dernier par des tractions modérées.

L'auteur ne peut rien affirmer sur l'usage des soi-disant valvules de la veine ombilicale.

Untersuchungen über den lymphatischen Apparat in der Milz (Recherches sur l'appareil lymphatique de la rate), par E. KYBER (*Arch. f. Mikr. Anatomie, vol. VIII*, 4e *livr.*, *p.* 568.)

Les recherches de l'auteur ayant surtout porté sur les chevaux, c'est chez cet animal qu'il décrit les voies lymphatiques de la rate. Il indique néanmoins les différences principales qui distinguent, à ce point de vue, cet organe chez la plupart des animaux domestiques et chez l'homme.

L'injection des réseaux superficiels de la rate du cheval y a fait reconnaître deux ordres de canaux lymphatiques — les uns situés dans la gaîne des artères — les autres dans les trabécules. — Ces deux sortes de vaisseaux ont du reste été injectés directement, en sens inverse du courant lymphatique, c'est-à-dire du hile vers la profondeur pour les premiers, de la surface vers le parenchyme pour les seconds.

Les fentes lymphatiques, *périvasculaires*, sont irrégulièrement réparties autour des artères ; elles sont situées en dehors de l'adventice, dans le tissu conjonctif; leur direction est longitudinale, leur diamètre variable. Souvent elles s'accolent à un tronc nerveux et même le comprennent presque entièrement dans leur cavité. On les voit quelquefois s'aboucher à des canaux plus réguliers que l'auteur considère comme de véritables lymphatiques intra-spléniques ; les figures sur lesquelles il appuie son opinion ne sont pas convaincantes à cet égard.

Ces fentes, qui entourent la plupart des artères en nombre variable de 1 à 5 et même plus, sont-elles uniquement limitées par le tissu cellulaire ? L'auteur arrive sur ce point à un résultat confirmatif des recherches de M. Ranvier sur le tissu conjonctif. — La gaîne élastique qui environne les trabécules du tissu cellulaire est plus apparente au niveau de la paroi des fentes lymphatiques. Un endothélium bien manifeste peut même s'y démontrer en certains en-

droits. Chez l'homme la membrane ainsi constituée est de la plus extrême ténuité ; elle atteint jusqu'à 0^{mm}, 003 chez le cheval.

Quand l'injection au bleu de Prusse réussit à souhait, elle remplit non-seulement les fentes lymphatiques périvasculaires, mais arrive jusqu'au point où les artérioles se revêtent de leur gaîne adénoïde. L'injection se répand alors uniformément dans cette gaîne, en remplit tous les espaces et s'accumule surtout dans les corpuscules de Malpighi dont elle sature le centre. Ainsi se trouvent démontrées les origines et la continuité de cette portion du système lymphatique de la rate.

Les voies lymphatiques des trabécules composent un réseau qui passe d'un trabécule à l'autre en formant des mailles irrégulières, et viennent aboutir aux réseaux superficiels de la capsule splénique par lesquels on les injecte.

Elles occupent l'axe de chaque trabécule, plongées dans le tissu cellulaire lâche qui en forme la partie centrale; leurs expansions néanmoins vont se terminer au milieu des fibres-cellules qui constituent, à la périphérie, la presque totalité du trabécule. En certains points la fente lymphatique traverse toute l'épaisseur de la paroi et vient s'ouvrir dans le tissu même de la rate, où pénètre la matière injectée si l'opération a bien réussi. — K. n'a pu démontrer de revêtement cellulaire à la surface interne de cet ordre de voies.

Comment communiquent-elles avec les lymphatiques superficiels? L'auteur à ce propos entre dans quelques considérations sur la texture de la rate et surtout de son enveloppe. — Il distingue deux types, dont le premier est représenté par la rate du cheval, du bœuf, du porc; le second par celle de l'homme, du chien, du chat, du lapin, etc. — Dans le premier, les trabécules et le tissu splénique sont plus développés, mais surtout la tunique propre (musculaire) et la tunique séreuse de la rate sont isolables. — Dans le second, le contraire se présente. Or, chez les mammifères du premier type, il y a dans la capsule de la rate un réseau lymphatique superficiel des plus riches ; chez ceux qui appartiennent au second, ce réseau est à peine démontrable, tant il est pauvre. Ces variations sont du reste corrélatives au développement plus ou moins grand des fibres-cellules dans la tunique propre de la capsule splénique.

Le réseau superficiel reçoit les lymphatiques des trabécules qui s'y abouchent en décrivant quelques flexuosités; ceux-ci communiquent également avec les voies périvasculaires, qu'ils mettent ainsi en rapport avec les lymphatiques de la capsule.

Enfin l'auteur, ayant quelquefois observé le passage de l'injection dans les veines spléniques, se demande s'il n'y aurait pas une communication normale des lymphatiques périvasculaires avec le système veineux de la rate, supposition qu'on peut laisser passer sans commentaires.

En se résumant Kyber attaque vivement l'idée de Tomsa qui voit dans les corpuscules de Malpighi de simples condensations du tissu splénique. Il décrit, au contraire, dans la rate deux parenchymes absolument distincts que la maladie même affecte souvent d'une manière indépendante. L'un est le parenchyme des gaînes artérielles ; l'autre le parenchyme splénique. Celui-ci serait un organe destiné à favoriser la digestion des matières albuminoïdes ; celui-là représenterait une véritable glande lymphatique. — Les connexions qu'il pense avoir démontrées entre la gaîne adénoïde des artères et les fentes lymphatiques auxquelles ces espaces adénoïdes aboutissent sont données par l'auteur à l'appui de la seconde partie de sa proposition. Quoi qu'il en soit de la première, il croit que les lymphatiques du réseau trabéculaire sont en rapport principalement avec les phénomènes de nutrition qui se passent dans les trabécules si riches en fibres musculaires lisses.

PAUL BERGER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Preservation of bodies for dissection at the London hospitals. (*The Lancet*, 5 *octobre* 1872, *p.* 504.)

Il est intéressant de connaître les procédés de conservation employés en Angleterre ; c'est une question dont on paraît s'être occupé sérieusement à Londres, dans ces dernières années, et qui a été et est encore à l'étude à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Il résulte de la revue que nous trouvons dans la *Lancette*, que des procédés assez divers sont actuellement usités et que plusieurs donnent de bons résultats.

A Saint-Bartholomew's Hosp. on a conservé quinze cadavres depuis le mois de juillet, au moyen du liquide de Garstin dont la composition exacte est inconnue, mais dans lequel entrent de la glycérine, de l'arsenic et de l'acide phénique. On emploie six pintes de liquide pour une injection, et celle-ci revient à sept shellings (près de neuf francs) par cadavre. Les corps sont en bon état, sans odeur, les muscles ont une belle couleur et sont très-fermes.

A Guy's hosp. vingt-trois cadavres ont été injectés. Le plus ancien date du 5 juin. On injecte par la fémorale trois pintes de glycérine dans laquelle on a fait bouillir une livre et demie d'acide arsénieux, puis on injecte ensuite deux gallons de glycérine pure, et quelquefois, lorsque les doigts et les orteils se dessèchent, on réinjecte encore de la glycérine. Les cadavres sont recouverts avec des linges trempés dans l'acide phénique.

A King's College on se sert du liquide de Stirling dont la composition

est inconnue, mais qui paraît contenir de la créosote, de l'esprit de bois et peut-être du sublimé corrosif. Il donne de bons résultats.

A London's hosp. on emploie la méthode de Dublin qui consiste à ouvrir le ventricule gauche, à placer une canule dans l'aorte et à laver les vaisseaux avec une solution de sel commun jusqu'à ce que le liquide sorte clair par une ouverture faite à l'oreillette gauche. On injecte ensuite une solution de sel et de nitrate de potasse, et en dernier lieu on immerge les corps dans une solution de sel.

A Middlesex, la méthode employée consiste dans l'injection de deux quarts de glycérine, dix onces d'une solution de potasse et une livre d'acide arsénieux.

A Saint-Thomas's hosp. onze corps ont été conservés et quelques-uns depuis plus de cinq mois, par la méthode du prof. Marshall. Les artères peuvent être ou non injectées avec une solution faible d'arsénite de potasse. Mais Marshall trouve des inconvénients à l'emploi d'une forte proportion d'arsenic, une ou deux onces étant tout à fait suffisantes. Les corps sont ensuite plongés dans une solution de vingt-quatre gallons d'eau, vingt-huit livres de sel commun, une livre et demie de nitrate de potasse et trois pintes de liquide de Burnett (chlorure de zinc) pour chaque cadavre.

Marshall a pu, par ce moyen, conserver des portions de cadavre en bon état pour les démonstrations, pendant dix ans. C'est la meilleure méthode et la plus économique, le liquide d'immersion n'ayant besoin d'être renouvelé qu'au bout de plusieurs années.

E. D.

Note sur les lobes surnuméraires du poumon droit de l'homme et en particulier sur une anomalie réversive (Existence d'un lobus impar), avec 2 figures, par M. Samuel POZZI, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. (*Revue d'anthropologie publiée sous la direction de M. Paul Broca, tome Ier, n° 3, 1872.*)

Ce travail est principalement consacré à la description d'un lobe surnuméraire du poumon droit, encore non décrit. L'auteur le rapproche du *lobus impar* de la plupart des quadrupèdes, dont la disposition et la valeur zoologique sont mises en relief; il est la conséquence et l'indice de l'attitude horizontale du tronc. Aussi, dans la famille des singes anthropoïdes, dont l'attitude est oblique, ne le trouve-t-on que chez un seul, le gibbon.

M. Pozzi passe ensuite en revue les divers lobes anormaux qui ont été rencontrés dans le poumon droit, et il recherche leur origine. Il est ainsi amené à établir les divisions suivantes :

1° — Lobes surnuméraires formés aux dépens des lobes normaux *par subdivision anormale des scissures*, sous l'influence de cette tendance à une lobulation irrégulière qu'on rencontre aussi parfois dans d'autres viscères (rein, rate, etc.).

2°. — Lobe décrit par Chiene, et attribué avec toute probabilité par Cleland à un état pathologique déterminé du fœtus. On pourrait l'appeler *lobe de la veine azygos* (ne pas confondre avec le nom de lobe azygos, appliqué par quelques auteurs au lobus impar).

3° — Lobe anormal *limité au-dessous du lobe inférieur par une scissure*

indépendante, véritable *lobus impar* analogue à celui de la généralité des mammifères. C'est lui qui est ici décrit pour la première fois.

L'auteur croit devoir rapporter son existence à cette curieuse tendance *au retour* vers un type inférieur sur laquelle Isid. Geoffroy Saint-Hilaire avait longuement insisté, et que Darwin invoque actuellement à l'appui de ses théories.

Quelle que soit la signification que l'on donne à ce fait, soit qu'on s'efforce d'en tirer un argument en faveur du transformisme, soit qu'on se borne avec Isid. Geoffroy Saint-Hilaire à y trouver une preuve de l'unité de plan dans le règne animal, cette anomalie offre un réel intérêt au point de vue de la zoologie générale.

The discovery of the nature of the spleen (Découverte de la nature de la rate), par Henry SILVESTER. — *London,* 1871.

L'auteur essaye de démontrer que la rate est l'homologue gauche du foie. Cette vue se rattache à une conception plus générale et tout à fait originale. H. Silvester ne considère comme un organe inpair et symétrique bilatéralement, qu'une portion du canal alimentaire, à savoir celle qui s'étend de la bouche au cardia, d'une part, et d'autre part, la portion comprise entre le commencement du gros intestin et l'anus. La partie intermédiaire du tube digestif constitue en réalité, suivant lui, la moitié droite d'un appareil symétrique, réduit, à gauche, à de simples vestiges ; ce sont : la portion cardiaque de l'estomac, la rate et l'appendice vermiforme ; ce dernier est l'homologue de l'intestin grêle.

Cette théorie est fondée surtout sur la loi de symétrie et sur le mode de vascularisation des organes. Tout organe impair et bilatéralement symétrique est pourvu de deux artères naissant de chaque côté de l'aorte. Or, l'estomac, le foie et l'intestin grêle n'ont chacun qu'une seule artère. Donc ce ne sont pas des organes impairs et bilatéralement symétriques.

On voit tout ce que ces déductions ont d'hypothétique et de forcé. Nous en dirons autant des arguments tirés par l'auteur de l'anatomie comparée. On ne peut, toutefois leur refuser le mérite d'une exposition savante et ingénieuse.

La rate est une glande vasculaire sanguine. — Physiologiquement, elle est l'homologue de la portion du foie qui sert à l'hématopotèse. — Quand la rate est extirpée, le foie la supplée ; ainsi s'expliquent les cas où son ablation n'a donné lieu à aucun désordre. S. P.

Du thymus aux différents âges, par M. THAON. (*Mouv. méd.,* 9 *nov.* 1872, *p.* 191.)

Le thymus continue à s'accroître après la naissance : à 2, 4, 6, 10, 12 ans, il pèse 15, 20, 25, 30, 40 grammes chez les enfants morts à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie très-rapide ; chez les enfants morts après une longue maladie, le thymus a le temps de s'atrophier et disparaît absolument. J. C.

Contribution à l'étude du péritoine, ses nerfs et leurs terminaisons, par M. Louis JULLIEN, interne des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd.*, n° 23, *nov.* 1872, *p.* 371.).

L'auteur s'est servi dans cette étude de la solution de chlorure d'or à 0,50 pour 100 : la coloration rouge une fois obtenue par l'exposition au soleil, la pièce est traitée par l'hématoxyline, il faut prendre pour l'examen les points où le péritoine est réduit à une couche unique. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : « La fibrille, extrême division de la fibre nerveuse, se termine par un renflement piriforme au delà duquel se voient un ou plusieurs petits filets très-grêles, terminés eux-mêmes par un dernier renflement, ultime prolongement de l'élément nerveux. » J. C.

Der Musculus tensor tympani, par Friedr.-Eug. WEBER. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 10, *oct.* 1872.)

La description du muscle est précédée d'indications détaillées sur le canal dans lequel il est contenu. En parlant des parties osseuses et fibreuses qui entourent le tenseur du tympan, l'auteur considère l'enveloppe fibreuse qui revêt le muscle comme étant une aponévrose et non un revêtement périostique. Cette aponévrose est adhérente au muscle en trois points et n'adhère pas au canal ostéo-fibreux, le long duquel s'étend le muscle. Cette aponévrose lui paraît être un prolongement de celle qui entoure la partie musculaire de la trompe et le tenseur du voile du palais. Il n'admet pas la réflexion du tendon autour du processus cochléaire. T. K.

Zur Kenntniss der menschlichen Placenta (Etude sur le placenta chez la femme), par le Dr F.-N. WINKLER, in : *Archiv für Gynækologie, tome IV, fasc.* 2, 1872.

L'auteur s'est d'abord attaché à obtenir par des procédés nouveaux un degré de durcissement convenable du placenta préalablement injecté. Ayant réussi de cette façon à obtenir des coupes excellentes, il put étudier avec minutie les divers détails de la structure placentaire. — Les portions *fœtales* et *maternelles* sont chacune l'objet d'un chapitre distinct. Cette première partie est fort aride, l'auteur ne visant qu'à l'exactitude des détails ; il ne s'est point placé au point de vue si intéressant du développement placentaire, ainsi que l'ont fait MM. Coste et Robin dont les remarquables travaux à ce sujet ne sont point pris en considération.

La dernière partie de son travail est consacrée à la *calcification du placenta*. D'après Winkler, celle-ci serait presque aussi constante que la dégénérescence graisseuse dans les placentas normaux et à terme. L'auteur s'inscrit donc en faux contre les opinions acceptées précédemment, et notamment contre celle de Carus qui fixait à une moyenne de 5 à 10 p. 0/0 la fréquence de la calcification du placenta.

Les concrétions calcaires s'observent de préférence dans la couche des grosses cellules décrite dans la lame profonde (para-utérine) de la portion maternelle du placenta. L. E. DUPUY.

Des os sésamoïdes chez l'homme, par le Dr GILLETTE. (*Journ. anat. et phys., sept.-oct.* 1872, *p.* 506.)

Ce travail contient une description complète de tous les os sésamoïdes et une étude de leur structure, de leur développement et de leurs usages. Le dernier chapitre s'occupe de leur histoire pathologique.

---

es étranglements annulaires et des segments interannulaires chez les raies et les torpilles, par M. L. RANVIER. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n°* 19, 4 *nov.* 1872, *p.* 1129-1132.)

Dans cette note, M. Ranvier complète par des recherches sur la structure des nerfs de ces poissons, les résultats qu'il a obtenus par l'étude des nerfs de mammifères et de batraciens traités pendant 24 heures par une solution à 1 p. 0/0 d'acide osmique. Chez les raies, au voisinage de l'étranglement, là où la myéline disparaît, le cylindre d'axe présente un renflement biconique, qui occupe l'étranglement annulaire; sa grande circonférence repose sur la gaîne de Schwann et se confond avec elle, tandis que de chaque côté s'observe une seconde gaîne, gaîne externe, qui n'existe pas chez les mammifères. Les segments interannulaires sont munis d'au moins trois noyaux, dont deux situés au voisinage de l'étranglement appartiennent à la gaîne externe, tandis qu'un seul occupe le centre du segment interannulaire, appartient à la gaîne interne et représente le noyau du segment des mammifères. H. TH.

De la numération des globules rouges du sang chez les mammifères, les oiseaux et les poissons, par M. L. MALASSEZ. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n°* 23, 2 *déc.* 1872, *p.* 1528-1530.)

M. Malassez fait un mélange très-exact de sang et de liquide conservateur, au moyen de l'appareil de M. Potain; ce mélange est introduit dans un capillaire artificiel, tube de verre à parois et à canal central aplatis, et dont on connaît le volume pour chaque unité de longueur. A l'aide d'un microscope, dont l'oculaire est quadrillé, on compte les globules compris dans un certain nombre de ces carrés. Comme l'on sait quelle longueur du tube recouvrent les carrés et à quel volume correspond cette longueur, on peut calculer facilement le nombre de globules par millimètre cube. En procédant ainsi, M. Malassez trouve que le nombre des globules rouges, par millimètre carré, varie chez les mammifères de 3,500,000 à 18,000,000 par millimètre cube; il est chez l'homme de 4,000,000. Les oiseaux en ont moins (de 4,000,000 à 1,600,000) que les mammifères; les poissons encore moins, et les poissons cartilagineux (de 140,000 à 230,000) moins que les poissons osseux (de 700,000 à 2,000,000).

Le nombre des globules est presque toujours en raison inverse de leur volume; mais ce rapport n'est pas proportionnel; la diminution dans ce nombre n'est pas compensée par l'augmentation du volume; les oiseaux, par exemple, gagnent plus par l'augmentation de volume de leurs globules qu'ils ne perdent par la diminution de leur nombre. H. TH.

Su l'interna tessitura dei tendini (Sur la structure des tendons), par le prof. CIACCIO. (*Travail lu à l'Acad. des sc. de l'institut de Bologne, séance du 11 avril 1872. — Compte rendu in Bulletino delle scienze mediche de Bologne, fasc. de juillet 1872.*)

Ce travail, dont le but principal, dit le compte rendu, est de voir ce qu'il y a de vrai dans les observations de M. Ranvier sur le même sujet (1) et quelle est la valeur des critiques faites par les adversaires de l'histologiste français et spécialement par Boll, n'est en réalité que la répétition pure et simple des résultats obtenus par Ranvier, sauf la contestation à cet auteur de la vacuité des *tubes cellulaires*. Les tubes cellulaires de Ranvier seraient formés, d'après Ciaccio, de petits cylindres non pas vides, mais pleins. De plus, ces petits cylindres ne seraient pas soudés ensemble. BARÉTY.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Some additionnal variations in the distribution of the nerves of the human body (Quelques variétés nouvelles dans la distribution des nerfs du corps humain). Professor TURNER. (*The journ. of Anatomy and Physiol., conducted by Humphry and Turner*, 1871.)

Anomalia dei nervi della mano (Anomalie des nerfs de la main). Communication et présentation faites à l'Académie royale de médecine de Turin, séance du 12 janvier 1872, par GIACOMINI.

Notes of myological peculiarities (Notes sur des variétés musculaires). S. MESSAGER BRADLEY. (*The Journ. of An. and Phys., conducted by Humphrey and Turner*, 1872.)

Note on the termination of the thoracic duct in the right side. (Note sur la terminaison à droite du canal thoracique). Dr M. WATSON. (*The Journ. of An. and Phys.*, 1872.)

Communication betwen the external iliac and portal veins (Communication entre la veine iliaque externe et la veine-porte). FRANK CHAMPNEYS. (*The Journ. of An. and Phys., conducted by Humphry and Turner*, 1872.)

Some remarks on the anatomy of the human placenta (Remarques sur l'anatomie du placenta humain). Dr J. BRAXTONHICKS, *ibid., may* 1872.

Lectures on the comparative anatomy of the organs of digestion of the mammalia, par WILLIAM-HENRY FLOWER. (Xe leçon.) *Medical Times and Gazette*, 19 *oct.* 1872, *p.* 427 ; 26 *oct., p.* 611 *et* 30 *nov., p.* 591.

(1) Archives de physiologie normale et pathologique, n° 4, juillet-août 1869, p. 471.

Uber den Bau des Pancreas (sur la structure du pancréas), par J. LATSCHENBERGER. (*Sitz-Ber. d. k. Akad. d. Wiss. LXV, 3 Abth. Broch. avec 1 pl. Wien*, 1872.)

Description et structure de la tunique musculaire de l'œsophage chez l'homme et les animaux, par le docteur GILLETTE. (*Journ. de l'anatomie et de la phys., nov.-déc.* 1872.)

Note of an abnormality in the human dental series (Note sur une anomalie dans la série dentaire chez l'homme). JOHN-G. GALTON. (*The Journ. of An. and Phys.*, 1872.)

Erklærung die Entdeckung der Schmeckbecher von G. SCHWALBE, betreffend (Note sur les papilles caliciformes de la langue), par MARX SCHULTZE. (*Arch. f. mikr. Anat., t. VIII, fasc.* 4, *p.* 660.)

Ricerche anatomiche-microscopiche sulla parete dell' ansa intestinale isolata per la fistola intestinale secondo Thiry (Recherches anatomico-microscopiques sur la paroi de l'anse intestinale isolée par la fistule intestinale, selon Thiry). *Mémoire du* docteur JOSEPH ALBINI. — Naples, imprimerie de Fibreno, 1872.

Uber die Nervenendigungen in der Haut der Kuhzitze (Terminaison des nerfs dans la peau du pis de la vache). Par TH. EIMER. (*Arch. f. mikrosk. Anatomie, t. VIII, fasc.* 4, *p.* 643.)

Sur la structure du tissu cartilagineux, par G. RETZIUS. (*Nord. med. Ark.* IV. 2, *n°* 14, *p.* 10, 1872.)

Kritische Bemerkungen und neue Beitræge zur Literatur des Gehörlabyrinth's (Observations critiques et nouvelles contributions à la littérature du labyrinthe de l'oreille). Par ARTHUR BŒTTCHER. (*Dorpater medicinische Zeitschrift, t. III, livr.* 2, 1872.)

Report of the means employed in medical schools of great Britain for the preservation of subjects for dissection. (*Brit. med. Journ.*, 5 *oct.* 1872, *II, p.* 382. *Id.*, 12 *oct.*, *II.*, *p.* 412.)

Gli antisettici et processo nuovo di conservazione dei corpi animali o loro parti, per studii anatomici e patologici (Les antiseptiques et nouveau procédé de conservation des corps animaux ou de leurs parties, pour des études anatomiques et pathologiques). Crémone, 1872, par JOSEPH MATTEI.

The employement of coloured glass in microscopy. (*The lancet,* 28 *sept.* 1872, p. 463.)

Hœmatoxyline comme moyen de colorer les tissus animaux Par J.-W.-SARNOLD. (*Philad. med. Times II*, 43, *July* 1872.)

PHYSIOLOGIE.

ANALYSES.

Cours de physiologie professé à la faculté de médecine de Strasbourg par E. KUSS, rédigé par le Dr Mathias DUVAL. — *Paris*, 1872.

Ce n'est pas, à proprement parler, un cours de physiologie qu'a rédigé M. Mathias Duval. Les titres de : *Vues sur la physiologie*, de *Principes* ou *Essai de physiologie générale*, et surtout de *Physiologie cellulaire* ou *globulaire* conviendraient seuls, s'ils n'étaient prétentieux, pour caractériser cet ouvrage.

Aussi, l'auteur passe-t-il rapidement sur tout ce qui forme la matière ordinaire des traités didactiques, ne s'arrêtant guère qu'aux faits sur lesquels il croit avoir des idées particulières. De là un manque de proportion qui frappe tout d'abord et choque quelquefois; de là, aussi, l'intérêt réel de ce petit volume.

S'il ne contient rien d'absolument nouveau, il n'en a pas moins le mérite de réunir en un exposé lucide, dont on doit savoir gré à M. Duval, l'ensemble des travaux de physiologie que Küss a inspirés à ses élèves. Notre analyse sera donc à peu près terminée, quand nous les aurons mentionnés :

P.-A. Rousseau. *Rôle et importance des globules en physiologie.* Thèse de Strasbourg, 1866, n° 965.

E. Bailly. *Tonicité musculaire.* Thèse de Strasbourg, 1870, n° 293.

V.-L. Kohl. *Étude critique sur la physiologie de l'appareil auriculo-ventriculaire.* Thèse de Strasbourg, 1869, n° 231.

V. Billet. *Généralités sur les sécrétions.* Thèse de Strasbourg, 1863, n° 129.

E. Ritter. *Des phénomènes chimiques de la digestion.* Thèse de concours. Strasbourg, 1866.

P.-A. Accolas. *Essai sur l'origine des canalicules hépatiques et sur l'indépendance des appareils biliaires et glycogène du foie.* Thèse de Strasbourg, 1867, n° 19.

L. Oger. *Considérations physiologiques sur la forme naturelle de certains organes.* Thèse de Strasbourg, 1870, n° 283.

G. Fayet. *Essai sur la pathogénie de l'albuminurie.* Thèse de Montpellier, 1872.

J.-J.-C. Susini. *De l'imperméabilité de l'épithélium vésical.* Thèse de Strasbourg, 1867, n° 30.

P. Bernard. *De la miction.* Thèse de Strasbourg, 1865, n° 814.

Nous ne saurions entreprendre l'examen des nombreuses vues originales renfermées dans cet ouvrage. Ce n'est pas que plus d'une

ne pût être discutée. Bornons-nous à signaler, parmi les plus contestables, la théorie singulière adoptée pour le choc du cœur : « Au « moment où le ventricule se contracte, il ouvre, par l'effort de sor- « tie de son contenu, l'orifice aortique, et, par suite, la cavité ventri- « culaire se trouve brusquement en communication avec le sang ar- « tériel qui possède une haute pression. Cette pression se fait donc « sentir sur tous les points de la paroi ventriculaire qui lui résiste, « et la main appliquée en un point quelconque de cette paroi sent, « sous la forme de choc, la force de cette pression » (page 155). Nous croyons que M. Mathias Duval, si bien inspiré dans la rédaction de la plupart de ses notes complémentaires, ne l'eût peut-être pas moins été en supprimant ce passage. S. POZZI.

Étude critique sur quelques points de la physiologie du sommeil, par J.-B. LANGLET. — *Thèse de Paris, Leclerc*, 1872.

Depuis longtemps, philosophes et médecins ont cherché à résoudre par deux méthodes différentes, le raisonnement et l'expérimentation, la question si controversée du sommeil. Les phénomènes très-curieux qui le précèdent sont devenus l'objet d'analyses aussi précises que vraies : chez l'homme prêt à s'endormir, on voit les sens s'émousser, les mouvements se ralentir, le corps s'affaisser, et l'esprit se fermer aux sensations extérieures, puis le sommeil survient. Les fonctions les plus nécessaires à la vie continuent à s'exercer, mais avec lenteur, en est-il de même de l'intelligence? Pour les disciples de Descartes, l'esprit est toujours éveillé, vivre c'est penser, la pensée quand elle ne pense pas n'est pas. Aussi d'après M. Lélut les rêves constituent l'état de la pensée durant le sommeil : leur existence est constante. On admettra difficilement que tout l'être, intelligence et corps, ne jouisse pas d'une période de repos plus ou moins complète. D'ailleurs la physiologie enseigne que dans tout organe la circulation sert à deux fins : la nutrition qui est permanente, et la fonction particulière qui peut s'exercer seulement par intervalles. M. Langlet s'est proposé de déterminer les conditions réelles de la circulation cérébrale pendant le sommeil. Longtemps, on avait admis sans contestation que l'encéphale se trouve à ce moment hypéremié, quand des expériences de Durham (1860), d'Hammond (1866) ont paru démontrer que l'anémie correspondait au repos, et la congestion à la période de repos de l'organe. M. Cl. Bernard a défendu cette opinion dans ses cours. Des procédés ingénieux, perfectionnés par Donders, Weir Mitchell, M. Ehrmann ont été imaginés dans le but d'examiner le cours du sang dans le cerveau. On n'est pas d'accord, si les mouvements observés dans la substance nerveuse, quand la boîte crânienne est

ouverte, ou chez les enfants dont les fontannelles sont encore membraneuses, persistent dans les conditions opposées. Un sphygmographe étant appliqué sur le crâne d'enfants, dans l'espace fibreux que laissent les os avant leur soudure définitive, M. Langlet a vu un gonflement de la masse encéphalique qu'il attribue à la gêne de la respiration bien plus qu'à toute autre cause. Il est difficile de comparer au sommeil naturel des faits pathologiques comme le coma produit par une attaque épileptique et l'assoupissement qui lui succède. Les expériences ont donné parfois des renseignements aussi contradictoires que ceux fournis par l'observation directe : en effet, le chloroforme anémie pour Durrham, congestionne pour Hammond; l'opium anémie pour Hammond, congestionne pour Durrham. Des opinions aussi divergentes, présentées sans commentaire, viendraient singulièrement troubler nos connaissances, si l'on ne songeait aux causes diverses qui modifient si souvent les résultats de l'expérimentation. Le chloral, doué d'une puissance perturbatrice moins active, serait d'un emploi plus facile et plus satisfaisant. M. Langlet a constaté que la pupille est contractée durant le sommeil normal, ainsi que M. Gubler l'avait signalé avant lui ; alors, il a comparé la disposition de la pupille sous l'influence de congestions manifestes, telles que celles qui résultent de la position, de la section du grand sympathique, des différentes maladies, de l'action de plusieurs médicaments, et la disposition de la pupille à la suite de l'anémie produite par des influences toutes contraires. Il existerait donc un rapport constant entre l'état de la circulation des centres nerveux et le degré de la dilatation pupillaire, la pathologie permettrait en outre d'établir une relation entre la congestion et l'anémie du cerveau d'une part, le sommeil et l'insomnie d'autre part. Quels phénomènes peut causer l'anémie cérébrale? Des vertiges, des convulsions, une syncope. La saignée pratiquée, le malade assis provoque des lipothymies. Le délire survient quelquefois à la suite d'hémorrhagies abondantes. Sigmund, par un traitement tonique, a rendu à des syphilitiques très-anémiques la faculté de dormir qu'ils avaient perdue. Neudœrfer a obtenu les mêmes effets de la transfusion du sang chez des individus que des suppurations prolongées avaient conduits au marasme.

En s'appuyant, on le voit, sur un ensemble de considérations fort intéressantes, l'auteur se croit fondé à résumer ainsi sa manière de voir. Le sommeil peut se rencontrer avec une forte congestion ou avec une anémie même considérable, il n'est vraiment réparateur que quand une légère augmentation de l'afflux sanguin permet aux échanges nutritifs de se faire avec activité.

Dans son mémoire, M. Langlet a résumé beaucoup d'observations et d'expériences disséminées dans des recueils très-divers. Outre les documents instructifs qui lui sont personnels, il s'est attaché à

mettre en évidence avec exactitude et impartialité les faits acquis, controuvés ou douteux.

En terminant nous dirons que l'état réel de la circulation cérébrale pendant le sommeil naturel ne nous semble pas avoir été fixé d'une façon incontestable. Dans la plupart des cas où l'on a procédé à l'examen direct du cerveau, on s'est trouvé placé en face du sommeil provoqué par des agents médicamenteux ou des causes pathologiques (1). BOUCHEREAU.

Sulla piccola circolazione entero-epatica e sul circolo refluo epato-renale (Sur la petite circulation entéro-hépatique et sur la circulation rétrograde hépato-rénale). Annotations expèrimentales de F. LUSSANA. (*Lo Sperimentale, fasc.* 1, *octobre* 1872.)

Ce travail est divisé en quatre chapitres.

I.—DÉMONSTRATION PHYSIOLOGIQUE DE LA PETITE CIRCULATION ENTÉRO-HÉPATIQUE. Les faits contenus dans ce chapitre sont empruntés à Schiff qui, le premier, a donné la démonstration physiologique d'une petite circulation biliaire. — (*Nuove ricerche sulla circolazione della bile*, etc. (Nouvelles recherches sur la circulation de la bile, etc.), de M. Schiff. — *Giornale di scienze naturali*, 1868, Palermo.)

Nous croyons devoir reproduire ici les commentaires et les corollaires des expériences ingénieuses de Schiff, que Lussana avait déjà exposées dans son *Manuel de physiologie*, § 191 :

« La bile fait un *petit circuit d'absorption partielle* de l'intestin au foie et du foie à l'intestin, qui se termine par l'*expulsion totale* des éléments de la bile.

« Une bonne partie de la bile entrée dans l'intestin est directement expulsée avec les fécès, réduite même en résidus solides (glicine, taurine, dislisine, séroline) ; et une autre partie, restée encore à l'état *liquide*, c'est-à-dire non altérée, se trouve *réabsorbée dans l'intestin*, puis *ramenée dans le foie*, et, enfin, *de nouveau, versée dans l'intestin*.

« Il s'agit là d'une résorption partielle ou d'*une petite circulation*

(1) Consulter Cl. Bernard. *Revue des cours scientifiques*. 1869.
— Durrham. *Physiological journal*. Vol. 5.
— Ehrmann. *Thèse de Strasbourg*. 1858.
— N. Gueneau de Mussy. *Union médicale*. 1865.
— Gubler. *Gazette des hopitaux*. 1858.
— Hammond. *On Wakefulness*. Philadelphia, 1866.
— Krauss. *Congrès de Tubingue*. 1854.
— Liebreich. *Du chloral*. Trad. Paris.
— Lélut. *Physiologie de la pensée*. Tome II, p. 446.
— Longet. *Traité de physiologie*. Tome III, p. 321.
— A. Regnard. *Thèse de Strasbourg*. 1868.

de la bile, qui réussit souvent à chasser hors de l'organisme toute la bile sans la laisser entrer dans la *circulation générale*, et, par suite, à empêcher l'animal de devenir *ictérique*. Ainsi, dans la somme des excréments se trouvent la plus grande partie des principes de toute la bile qui a pu être rendue dans un temps donné. Mais, si on fait l'épreuve dans une fraction de temps donné seulement, il peut arriver que les matériaux de la bile ne se trouvent pas correspondre, dans les fécès, à la quantité de la bile sécrétée, dont une partie peut précisément se trouver dans le *petit circuit* existant de l'intestin au foie. Aussi, bien qu'elle soit réabsorbée *en partie*, la bile se trouve de nouveau chassée du foie avant d'entrer dans la veine-cave par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques. Aussi ne rencontre-t-on pas les principes de la bile dans le sang normal, ce qui, d'ailleurs, s'accompagnerait de phénomènes morbides (*ictère, cholémie*). »

II. — LE FER DANS LA PETITE CIRCULATION ENTÉRO-HÉPATIQUE. On savait déjà que le fer administré par la bouche se retrouve presque entièrement dans la bile, et que les reins n'en éliminent que fort peu ou même pas du tout, à moins de donner des doses fort massives (Quévenne, Bouchardat). Lussana, se fondant sur les recherches de Paganuzzi (1), explique ce fait en disant que le fer porté dans l'intestin et absorbé rencontre la petite circulation entéro-hépatique, et peut être rendu par elle à l'intestin avec la bile, avant de passer dans la circulation générale et de celle-ci dans les reins.

D'ailleurs, le fer n'est pas le seul métal qui parcoure ainsi le petit cercle entéro-hépatique, sans pénétrer dans la grande circulation. Il paraîtrait qu'il en est de même du manganèse et du cuivre (Albini) et aussi de l'iodure de potassium et du sulfate de cuivre (expériences de Moser).

On comprend, de la sorte, comment diverses substances minérales trouvent dans la bile leur voie naturelle d'élimination. Et l'on sait qu'Orfila ne manquait jamais de rechercher dans le foie la présence de poisons absorbés tels que les sels de plomb, de bismuth, d'étain, d'argent, d'or, de zinc, de mercure.

III. — LE CURARE DANS LA PETITE CIRCULATION ENTÉRO-HÉPATIQUE. Il est reconnu et généralement admis (Cl. Bernard, Pelouze, Humboldt, Polli, Morain et Dell' Acqua, etc.), que le curare, *très-toxique* quand on l'introduit sous la peau ou qu'on l'injecte dans les veines, l'est *fort peu* quand il est administré par les voies digestives. Ainsi, Lussana a pu lui-même faire prendre par force, par la bouche, ou bien introduire directement dans l'estomac au moyen

(1) Sull' azione del citrato di ferro ammoniacale, studii sperimentali (Sur l'action du citrate de fer ammoniacal, recherches expérimentales, etc.), par L. Paganuzzi. (*Gazetta medica italiana delle provincie Venet.*, 1868.)

d'une fistule gastrique, à deux gros chiens, *un gramme* de curare, sans qu'il en résultât aucun phénomène délétère notable, alors *qu'un centigramme* par inoculation hypodermique leur donnait la mort.

Cette différence d'action n'est pourtant pas absolue. C'est ainsi que les effets du curare administré par la bouche se produisent bien plus facilement chez les reptiles, les oiseaux, les lapins, les cochons d'Inde et les chats.

Les nombreuses expériences entreprises par Lussana prouveraient que le curare introduit par les voies digestives est expulsé, dans de certaines limites, au moyen de la petite circulation entéro-hépatique. De cette manière s'explique la différence d'action que l'on obtient en introduisant le curare, tantôt dans les veines, tantôt dans les voies digestives. A. BARÉTY.

Eine Methode um grosse Lymphmengen vom lebenden Hunde zu gewinnen (Méthode permettant d'obtenir chez le chien vivant de grandes quantités de lymphe), par K. A. LESSER. (*Arb. aus der phys. Anstalt zu Leipzig*, 1872.)

La méthode employée par l'auteur consiste à placer une canule dans le canal thoracique chez des chiens paralysés par le curare, après 24 heures au moins d'abstinence. La vie est entretenue chez les animaux par la respiration artificielle et, si l'air extérieur est trop froid, on le fait passer avant de l'insuffler dans un serpentin immergé dans l'eau chaude.

La lymphe recueillie par la canule, dont on surveille la perméabilité, est conduite à l'aide d'un tube de caoutchouc dans des éprouvettes graduées, et l'on note le temps qui s'écoule pendant chaque expérience.

On constate ainsi que la vitesse de l'écoulement de la lymphe varie pendant la durée de chaque expérience. Dans certains cas, les quantités de liquide qui s'écoulent en des temps égaux sont plus petites au commencement de l'expérience ; elles deviennent plus grandes vers le milieu, puis diminuent de nouveau. Quelquefois l'écoulement, après s'être arrêté complétement, reprend et, après plusieurs oscillations, atteint son maximum.

Chez un chien du poids de 24 kilogrammes environ, la quantité de lymphe recueillie en 10 minutes a varié de 6 à 10^{cc}.

Bidder a fait voir, il y a déjà longtemps, que la lymphe s'écoule encore par le canal thoracique 8 minutes environ après la cessation des battements du cœur. Lesser a vu cet écoulement persister encore 69 minutes après la mort avec la même vitesse que pendant les derniers moments de la vie, et il attribue ce résultat aux

pressions exercées sur les viscères par les mouvements de la respiration artificielle.

Le même phénomène peut également être obtenu après la mort, à l'aide de mouvements passifs d'extension et de flexion des articulations des membres.

Ces manœuvres, auxquelles Genersich a donné le nom de mouvements de pompe, produisent constamment, avant la mort des animaux, une augmentation considérable de l'écoulement de la lymphe par le canal thoracique.

Ainsi, le volume du liquide recueilli pendant le repos étant 1, il devient égal à 4,66 pendant les mouvements passifs. Dans une autre expérience, le rapport a été de 1 à 5,7; dans une troisième, de 1 à 1,2; mais ce dernier résultat est exceptionnel.

De plus, la lymphe ainsi obtenue diffère de celle qui s'écoule pendant le repos.

Cette dernière est opaline et provient probablement des viscères abdominaux. Celle qui provient au contraire, en majeure partie, des membres est tout à fait transparente.

Quelques expériences comparatives ont permis à l'auteur d'établir qu'un animal à jeun fournit un volume de lymphe aussi considérable que pendant la digestion. De plus, la vitesse de l'écoulement n'a point paru proportionnelle à l'augmentation de la pression du sang. Mais ces faits importants seront étudiés de nouveau.

Un phénomène qui mérite d'être signalé et qu'il est difficile d'expliquer, c'est la mort qui survient chez les animaux après une perte de lymphe qui varie depuis 1/7 jusqu'à 1/4 de la quantité hypothétique du sang estimée égale à 7,7 0/0 du poids du corps; or, on sait que les chiens peuvent supporter une perte de sang beaucoup plus considérable sans mourir. La mort qui est survenue chez deux chiens qui pesaient 24 kilogr. environ après la perte de 296cc et de 315cc de lymphe n'est donc pas explicable. Toutefois, l'auteur fait remarquer que c'est la soustraction de la lymphe obtenue pendant le repos et provenant probablement des viscères abdominaux qui a été mortelle, car on a pu enlever à des animaux des quantités plus grandes de lymphe des membres (obtenue par les mouvements passifs) sans déterminer la mort.

L'auteur s'est demandé si la perte de grandes quantités de lymphe ne change pas la composition du sang. On prit chez un animal un échantillon de sang avant et un autre échantillon de sang après la soustraction d'une grande quantité de lymphe. Le pouvoir colorant de chaque sang fut déterminé avec soin. Après une perte de 303cc de lymphe chez un animal pesant 16 kilogr. 5, la puissance colorante du sang était accrue de 9,6 0/0. Dans un autre cas, on observa un accroissement égal à 30 0/0 dans la puissance colorante du sang.

M. Hammarsten a confirmé ce résultat : il a mesuré la quantité

d'oxygène qui était absorbable par le sang après une grande perte de lymphe; elle s'était accrue de 24 0/0. Ainsi l'excrétion de la lymphe change le rapport normal des éléments du sang.

Pour compléter la comparaison, Lesser a examiné le résumé de deux échantillons de sang pris, l'un avant et l'autre après la soustraction de lymphe.

100 parties de sérum contenaient :

avant la prise de lymphe		après la prise de lymphe
92,88	eau	92,62
6,29	parties combustibles	6,7
0,83	parties incombustibles	0,68

On pourrait penser que la soustraction indirecte de liquide faite par le canal thoracique agit comme la soustraction directe de sang faite dans une artère ou dans une veine, et, à mesure que la perte en lymphe s'accroît, on pourrait s'attendre à ce que la pression du sang diminue. Sur huit expériences, six fois le contraire de ce qu'on attendait s'est présenté. Après des pertes de lymphe variant de 192^{cc} jusqu'à 235^{cc}, la pression du sang, au lieu de diminuer, s'est accrue; une seule fois seulement, la pression mesurée pendant l'agonie a été trouvée moindre. On est donc forcé de dire que par la soustraction de lymphe on fait monter la pression du sang. C'est encore là un exemple qui montre avec quel soin il faut, en physiologie, se garder de soutenir des opinions qui ne s'appuient que sur des analogies et qui n'ont point été confirmées par l'expérience.

N. GRÉHANT.

Il nervo vago come acceleratore dei movimenti cardiaci (Le nerf pneumogastrique considéré comme nerf accélérateur des mouvements cardiaques). Nouvelles recherches du prof. M. SCHIFF. (*Lo Sperimentale, de Florence, fasc. II*^{e}, *novembre* 1872.)

Le résultat essentiel des nombreuses et délicates recherches du professeur Schiff est que le système du nerf vague est le seul accélérateur des mouvements cardiaques.

Cette notion principale en suppose d'autres que voici :

1° Il n'y a point de nerf autre que le vague qui soit accélérateur des mouvements cardiaques;

2° Les fibres accélératrices se trouvent en partie dans le tronc même du nerf vague, en partie dans les nerfs laryngés, y compris le filet anastomotique.

Dans le tronc même du vague, les fibres accélératrices sont mêlées à des fibres d'arrêt.

Il n'existe que des fibres accélératrices dans le laryngé supérieur et son filet anastomotique avec le laryngé inférieur;

3° Toutes les fibres du vague et du laryngé qui influent sur le mouvement cardiaque proviennent de l'accessoire de Willis (nerf spinal).

Chacune de ces trois principales propositions a pour appui des expériences faites sur divers animaux : chiens, chats, lapins.

Ces expériences, que l'auteur a dû varier pour bien déterminer quelles sont *réellement* les fibres accélératrices, en se mettant ainsi à l'abri de nombreuses causes d'erreur, ces expériences, dis-je, du moins les principales, seront résumées dans cette analyse et mises en regard de chacune des propositions qui s'y rapportent :

1° Il n'y a point de nerf autre que le vague qui soit accélérateur des mouvements cardiaques.

Il s'agissait de prouver qu'il n'existe pas de nerfs accélérateurs propres du cœur.

Pour cela, il fallait irriter la moelle épinière sans avoir sectionné un seul nerf qui pût, par une voie plus ou moins directe, communiquer avec les nerfs cardiaques connus jusqu'à présent.

Mais une difficulté se présente, car il s'agit de savoir si, en irritant la moelle épinière, la plus grande fréquence du pouls est ou bien la conséquence de l'irritation des nerfs cardiaques, c'est-à-dire la suite directe d'une influence médullaire, ou bien le résultat de l'augmentation de la pression sanguine amenée par l'irritation des nerfs spinaux (rachidiens) (1).

Schiff a trouvé un moyen de rendre la fréquence du pouls absolument indépendante de la pression sanguine.

Ce moyen consiste dans l'administration à un animal d'une dose d'atropine un peu supérieure à celle qui suffit pour paralyser le nerf pneumogastrique, l'atropine ayant, à cette dose, la propriété de rendre les parois du cœur insensibles à l'action d'une pression trois et même quatre fois plus grande ou plus petite.

Schiff procède de la manière suivante :

Il commence par donner à l'animal choisi une faible quantité d'atropine, et, lorsque les premiers signes de l'empoisonnement viennent à se montrer, il le narcotise avec le curare; puis, on coupe au

(1). A ce propos on peut consulter les recherches de Ludwig et Cyon.

A. — Action réflexe d'un des nerfs sensibles du cœur sur les nerfs vaso-moteurs, par le docteur E. Cyon (de St-Pétersbourg), et le prof. C. Ludwig. — *In Journal de l'anat. et de la physiologie*, publié par M. Ch. Robin. — 1867, p. 472, avec pl. XVII.

B. — Sur l'innervation du cœur, par MM. E. et M. Cyon. — Extrait des comptes rendus de l'acad. des sc. de Paris du 25 mars 1867. — *In Journal* de M. Ch. Robin. — 1868, p. 441.

C. — Rapport sur un mémoire de M. E. Cyon, intitulé : *De l'action réflexe d'un des nerfs sensibles du cœur sur les nerfs moteurs des vaisseaux sanguins*, par M. Cl. Bernard. — Extrait des comptes rendus des séances de l'acad. des sc., Paris, 1868. — *In Journal* de M. Ch. Robin. — 1868, p. 337.

A. B.

cou les nerfs vagues et sympathiques et l'on sépare la moelle épinière de la moelle allongée. Après ces préparatifs, on pouvait irriter la moelle épinière, munie de ses nerfs intacts, jusqu'à la production d'une pression sanguine énorme, et il ne se montrait plus trace d'augmentation du pouls. Même effet avec les courants d'induction les plus forts.

Puis, pour prévenir l'objection que l'atropine, qui paralyse les nerfs d'arrêt du cœur et rend le cœur insensible à une variation de pression, pourrait aussi paralyser un grand nombre de nerfs accélérateurs, de façon à en supprimer l'action, il a choisi un certain nombre de chiens, chez lesquels on pouvait, pendant qu'ils étaient curarisés, faire la compression de l'aorte thoracique inférieure sans que cette augmentation de pression sanguine fût suivie d'une plus grande fréquence dans les pulsations.

Sur ces animaux, il a irrité la moelle épinière, après avoir sectionné au cou les nerfs vagues et sympathiques. Ici l'irritation portait sur une moelle dont aucun des nerfs n'était détruit et dans laquelle l'atropine ne pouvait paralyser aucun filament. Le pouls ne subit pourtant aucun changement dans sa fréquence, soit que l'on agît sur la partie inférieure de la moelle cervicale, soit qu'après la section de la moelle allongée avec les nerfs qui l'accompagnent l'irritation agît sur toute la moelle cervicale.

La première conclusion tirée par Schiff de ces expériences, c'est que les nerfs rachidiens accélérateurs du cœur n'existent pas, au moins chez les chiens et les chats qu'il a examinés;

2° Les fibres accélératrices du cœur se trouvent en partie dans les nerfs laryngés, y compris le filet anastomotique, en partie dans le tronc même du nerf vague, etc., etc.

Une autre série de recherches avait montré à Schiff qu'il n'existe pas de nerfs accélérateurs dans l'hypoglosse dont le rameau descendant s'accole aux nerfs du plexus cardiaque. De plus, l'irritation du dernier ganglion cervical du sympathique ne donnait pas d'augmentation du pouls, dans ses expériences.

D'après toutes ces considérations, on pourrait déjà admettre que le vague est le seul nerf moteur cardiaque, — *et l'on peut supposer*, d'autre part, *que l'augmentation souvent rudimentaire du pouls* qu'une excitation générale du corps peut encore produire, après la section des pneumogastriques au cou, dépend d'une augmentation de la pression artérielle. *S'il en est ainsi*, l'atropinisation jointe à la section du vague doit rendre le pouls régulier et presque invariable.

Divers procédés pour déterminer une élévation de la pression sanguine s'offraient à Schiff. Il en a choisi un, employé il y a quelques années par un expérimentateur russe. Ce dernier a trouvé que, lorsque chez un animal curarisé (l'auteur se servait de chats), on comprime les deux carotides primitives, de façon à produire une

anémie cérébrale relative, cette anémie agit comme une forte irritation sur le système vasculaire. La pression monte très-haut, et le pouls augmente considérablement de fréquence. Dans cette expérience, les nerfs vagues sont coupés.

Schiff a été fort étonné de voir que, dans ce cas, bien que les deux vagues eussent été sectionnés et l'animal bien atropinisé, jamais avec l'élévation de la pression ne faisait défaut une certaine augmentation de la fréquence du pouls qui, quelquefois, se montrait déjà avant que la pression se fût rapprochée de son plus haut degré.

On le voit, malgré l'atropinisation, il y a ici augmentation de la fréquence du pouls. Ce n'est pas, évidemment, que, dans ce cas seulement l'atropinisation soit en défaut; *il faut, par conséquent, qu'il y ait eu excitation directe des nerfs cardiaques accélérateurs non contenus dans le nerf vague au cou*, à côté de l'excitation par anémie. Ce qui montrerait que l'occlusion des artères carotides primitives excite les nerfs accélérateurs cardiaques en irritant l'encéphale par anémie et non par l'intermédiaire de l'augmentation de la pression, c'est que le pouls retourne à son chiffre normal lorsqu'on ouvre les carotides, *alors que la pression est encore peu abaissée.*

S'il en est ainsi, il faut chercher le nerf moteur du cœur en dehors du nerf vague *sectionné au cou.*

L'expérience du physiologiste russe, répétée et interprétée par Schiff, va devenir entre les mains de ce dernier un moyen de reconnaître ce nerf ou ces nerfs cardiaques accélérateurs, en ayant soin toutefois d'atropiniser les animaux (chiens et chats).

Dans ces conditions, la section de ces nerfs, venant à être faite, doit s'opposer à l'augmentation de la fréquence du pouls.

Ces nerfs peuvent se trouver ou bien en dehors du système du nerf vague accessoire, ou bien dans les ramifications que le système du nerf pneumogastrique donne, dans la partie supérieure, avant de descendre dans la région cervicale, ramifications qui, de diverses manières, peuvent peut-être communiquer avec les nerfs du plexus cardiaque.

Il importait donc d'abord de prouver que l'augmentation de fréquence en question est indépendante de la pression du sang, et se fait réellement par l'intermédiaire de nerfs qui se distribuent au cœur.

La preuve en fut donnée chez divers chats et chez un petit chien dont la cavité thoracique fut ouverte pendant une curarisation intense. L'occlusion des deux carotides avait encore son effet complet. Puis, *furent détruits*, aussi bien qu'on put le faire, *tous les nerfs cardiaques,* au moyen du couteau et de l'ammoniaque. L'occlusion des carotides augmentait encore la pression, mais non plus la fréquence. Schiff fit cette remarque, que le nerf vague étant sectionné au cou (comme toujours), il suffisait même quelquefois d'une des-

truction incomplète pour supprimer l'augmentation de fréquence. Il ajoute cependant qu'une destruction limitée aux filets qui sortent du ganglion cervical inférieur et l'extirpation de ce même ganglion ne suffisaient pas pour empêcher on pour diminuer l'augmentation du pouls en question.

Pouvait-on avoir affaire à une action d'un nerf sympathique? On extirpa le ganglion cervical supérieur (chats), le ganglion cervical moyen (chiens), et, comme il a été déjà dit, le ganglion cervical intérieur (chiens et chats) : l'augmentation se maintint. — On extirpa quelques autres portions inférieures du sympathique, — dans d'autres expériences, l'hypoglosse ou certains nerfs cervicaux ; — on fit l'extraction du glosso-pharyngien ; —l'augmentation se maintint.

Après ces indications, il paraissait indiqué plus que jamais de *rechercher si les nerfs en question ne sont pas des ramifications du système du vague, ramifications qui ne sont pas contenues dans le tronc cervical du nerf, au cou.*

Une expérience qui pouvait probablement décider de la question était l'*extirpation complète de l'accessoire.*

L'opération a été faite sur des chiens et des chats : empoisonnement par le curare, atropinisation, occlusion des deux carotides ou d'une carotide, pendant que l'autre était déviée dans le manomètre. — Le résultat a été un défaut d'augmentation du pouls.

Il suffisait même de l'extirpation de l'accessoire d'un seul côté, sans toucher à l'autre.

Abstraction faite de cette singularité, on devait conclure que le *nerf cherché appartient au système des nerfs vagues et que ses racines se trouvent dans l'accessoire.*

D'autres expériences ont prouvé à Schiff que ces fibres n'existent pas dans la branche externe de l'accessoire.

C'était le moment *d'examiner si ces filets entrés dans le vague à la base du crâne ne peuvent point abandonner ce nerf avant qu'il ne soit sorti du ganglion plexiforme* (son deuxième ganglion).

Le pneumogastrique fut sectionné au-dessus de son deuxième ganglion, sous la base du crâne — opération facile sur le chat, difficile chez le chien. — Le résultat ne fut pas douteux. Après l'opération, sans altération d'autres nerfs visibles chez l'animal curarisé et atropinisé, il y avait augmentation de la pression, après l'occlusion des carotides; mais *l'augmentation de la fréquence faisait complétement défaut. Ici la section des vagues ne fut pas faite au cou.*

Les nerfs dont il s'agit doivent donc accompagner le vague jusqu'au niveau de son second ganglion, et l'abandonner ensuite, pour se réunir, par une autre voie, au plexus cardiaque.

Les nerfs qui sortent du vague dans le point indiqué sont, chez l'homme, le rameau pharyngé et le laryngé supérieur.

Schiff croit pouvoir exclure les rameaux pharyngés, parce que,

dans beaucoup de ses expériences, — *le vague étant sectionné au-dessous du rameau pharyngé*, — l'occlusion des carotides ne pouvait plus accélérer le pouls chez l'animal atropinisé.

Il écarte aussi les anastomoses entre le laryngé supérieur et les rameaux pharyngés, parce que, dans les animaux domestiques, ils sont très-inconstants.

On devait donc se borner à expérimenter sur l'*anse des nerfs laryngés supérieurs*. (Le laryngé supérieur, ainsi que le savait déjà Andersch *pour l'homme*, envoie un rameau anastomotique au laryngé inférieur ; c'est le *rameau de Galien*).

« Chez divers chiens curarisés et atropinisés, on mit dans une anse de fil, pour pouvoir les retrouver rapidement, les *laryngés supérieurs* ou seulement leur rameau interne ; le nerf vague fut sectionné au cou, et quand la fréquence du pouls et la pression redevinrent constantes, on ferma la carotide qui n'était pas déviée dans le manomètre ; le pouls et la pression augmentèrent ; on rouvrit l'artère et la même expérience fut répétée un certain nombre de fois (deux ou trois fois), pour avoir une idée de l'augmentation du pouls ; puis les artères furent ouvertes de nouveau, on attendit le retour relativement normal du pouls, et, enfin, on sectionna les nerfs laryngés supérieurs. Cette section augmentait généralement un peu le pouls dans le premier moment. L'augmentation disparut rapidement ; on ferma ensuite les carotides : la pression du sang monta comme avant ; mais l'augmentation de la fréquence du pouls fait défaut. Chez quelques animaux ces expériences furent faites en sectionnant seulement un seul des nerfs laryngés supérieurs, et pourtant l'augmentation de la fréquence du pouls fait encore défaut.

« Les mêmes expériences furent répétées chez d'autres animaux en sectionnant, non pas les laryngés supérieurs, mais *les nerfs récurrents*, à diverses hauteurs de leur trajet ; l'effet fut le même. »

Schiff a aussi examiné si les filets cardiaques contenus dans les nerfs laryngés retournent, dans la cavité thoracique, vers le tronc du vague, ou s'ils se trouvent dans les rameaux cardiaques du laryngé récurrent. Il n'a tenté qu'une seule expérience dans ce but, et elle lui a paru indiquer qu'ils ne retournent pas dans le tronc du vague (1).

(1) MM. Philipeaux et Vulpian (*Arch. de Physiologie*, 1869, p. 666) ont employé la méthode wallérienne pour rechercher l'origine du filet anastomotique existant entre le laryngé supérieur et le récurrent. Chez des chiens, ils ont coupé soit un des nerfs récurrents, soit le nerf vague au-dessous du point où naissent les laryngés supérieurs.— L'examen microscopique a été fait au bout de 15 à 20 jours. Constamment le filet anastomotique a été trouvé sain. — Après la section du récurrent vers la partie inférieure du cou, on retrouvait au milieu des fibres altérées (myélino segmentée; gouttelettes) un fascicule nerveux, grêle, formé d'une vingtaine de fibres saines. Ce filet ne représentait pas tout le filet anastomotique. Un autre filet beaucoup plus volumineux se détachait

Donc, une grande partie, peut-être même la plus grande partie des nerfs excitateurs du cœur, sortent du vague au-dessus de la région hyoïdienne; mais, néanmoins, il reste encore dans le tronc du vague, au moins dans la majeure partie des animaux examinés par Schiff, des fibres excitatrices du cœur.

L'irritation d'un seul nerf récurrent produit un effet inférieur à celui produit par l'irritation des deux nerfs.

Les fibres motrices trouvées ont obéi non-seulement à l'irritation principale employée, c'est-à-dire l'anémie cérébrale, mais encore à des irritations ordinaires — courants d'induction de direction alternante ou de même direction. L'effet n'a jamais manqué.

Enfin, Schiff, examinant l'effet de la section des nerfs accélérateurs sur la fréquence du pouls, dit que les nerfs accélérateurs ne peuvent qu'accélérer, mais non produire le rhythme normal du cœur.

Puis, avant de poser les principales conclusions qui ressortent de son travail, l'auteur montre, par une expérience ingénieuse, que la *section du vague au cou* chez les animaux atropinisés diminue moins la fréquence du pouls que *la section d'un récurrent ou d'un laryngé supérieur.*

Ajoutons que la troisième proposition énoncée au début de cette analyse, c'est-à-dire que toutes les fibres du vague et du laryngé qui influent sur le mouvement cardiaque proviennent de l'accessoire de Willis (nerf spinal), se trouve justifiée par les expériences précitées.

A. BARÉTY.

Zur Physiologie des Blasenschliessmuskels (Sur la physiologie du muscle sphincter vésical), von Julius BUDGE. (*Archiv für die gesam. Phys. des Menschen und der Thiere, h. v. Pflüger* VI, 7 et 8 1872.)

Dans un précédent travail, Budge avait établi que :

1° Le centre d'innervation de la vessie se trouvait au niveau de la 4e vertèbre lombaire (chez le lapin et le chien).

2° Que le muscle sphincter, appelé sphincter vésical, se trouvait, non au niveau du col de la vessie, mais au contraire en avant d'elle, au commencement du canal de l'urèthre.

J. Kupressow, par des recherches plus récentes, avait cru pouvoir démontrer que ces deux résultats n'étaient exacts ni l'un ni l'autre, que :

du récurrent, s'accolait à lui, descendait avec lui pour se rendre à la muqueuse de la trachée.

Les recherches de MM. Philipeaux et Vulpian, répétées et poussées plus loin pour savoir, par exemple, si le filet anastomotique peut être suivi jusqu'au cœur, pourraient corroborer les données expérimentales fournies par Schiff.

A. BARÉTY.

1° Le centre vésical siégeait entre la 5e et la 6e vertèbre lombaire.

2° Qu'il existait réellement un sphincter vésical indépendant et distinct du sphincter uréthral.

Reprenant l'expérience sur laquelle Kupressow fonde sa première proposition, Budge constate que la section de la moelle pratiquée au niveau, ou au-dessous de la 5e vertèbre lombaire, détermine un relâchement des fibres du sphincter vésical, et une diminution dans la force de contraction mesurée par l'abaissement d'une colonne liquide contenue dans un tube mis en relation avec la vessie par l'intermédiaire de l'urèthre.

L'expérience de Kupressow est donc parfaitement exacte, mais il n'en est plus de même des conclusions qu'il veut en tirer. En effet, par suite de la façon dont les racines nerveuses abordent la moelle et s'y terminent, la méthode qui permet de fixer le plus rigoureusement le siége et l'étendue d'un centre réflexe consiste, non point à pratiquer des sections multiples de la moelle, mais bien à exciter successivement ses différentes parties. En procédant ainsi par l'excitation galvanique, Budge a établi que le centre vésical se trouvait au niveau de la 4e vertèbre lombaire (chez le chien et le lapin). Ces conclusions ont du reste été complétement adoptées par Gianuggi dans un récent travail sur le même sujet.

Quant à l'existence d'un sphincter proprement dit, constitué par des fibres appartenant à la vessie, Budge démontre qu'elle ne peut être admise malgré les assertions de Kupressow. Ce dernier pratique sur des chiens une incision longitudinale à la paroi supérieure de l'urèthre dès son origine. Il se produit alors un abaissement du niveau auquel s'élève la colonne liquide contenue dans un tube engagé dans l'urèthre. Cet abaissement est assez considérable, mais beaucoup moindre cependant qu'après une section de la moelle au-dessous du centre vésical. De ce que le liquide contenu dans la vessie s'écoule moins facilement après une division limitée à l'urèthre qu'après une section de la moelle faite de façon à paralyser à la fois et l'urèthre et le col vésical, Kupressow se croit en droit d'admettre l'existence d'un sphincter formé par les fibres musculaires de la vessie.

Budge rejette, au contraire, cette conclusion, et prouve que l'obstacle apporté encore au libre écoulement de l'urine après l'incision longitudinale de la paroi supérieure de l'urèthre tient, non point à la persistance d'action d'un sphincter vésical, mais à la manière dont a été faite l'expérience. Une simple incision pratiquée suivant la longueur, et seulement sur la paroi supérieure de l'urèthre, ne suffit point pour empêcher le canal de retenir encore un peu l'urine, et par son élasticité et par la contraction imparfaite de ses fibres divisées. Quand on détache complétement l'urèthre par une incision transversale faite en avant du col vésical, non-seulement le prétendu

sphincter vésical ne s'oppose point à la sortie du liquide contenu dans la vessie, mais l'excitation galvanique du col vésical augmente parfois l'écoulement du liquide. HUBERT.

Zur Innervation der Thrœnendruse (Sur l'innervation de la glande lacrymale), par le docteur DEMTSCHENKO. (*Pflüger's Archiv. sept.* 1872.)

L'auteur a opéré sur des animaux narcotisés par la morphine. Ses expériences ont porté sur des chiens, des chats et des lapins.

L'irritation électrique était obtenue à l'aide de l'appareil de Du Bois-Reymond.

La quantité de larmes était appréciée par l'humectation de papier brouillard, divisé en centimètres carrés.

Le mode expérimental était entièrement différent, selon que l'on opérait sur les animaux chez qui la brièveté de la paroi externe de l'orbite permet d'atteindre facilement de ce côté le nerf lacrymal (chien, chat), ou suivant qu'au contraire l'on était obligé, comme chez le lapin, d'ouvrir la cavité crânienne pour pénétrer dans l'orbite.

L'excitation du nerf temporo-malaire a paru à l'auteur sans influence sur la sécrétion de la glande lacrymale.

L'excitation du grand sympathique augmente la sécrétion de la glande lacrymale. Elle augmente aussi la quantité de liquide oculaire sécrété par la conjonctive, alors même que l'irritation de ce nerf a lieu après l'extirpation de la glande lacrymale.

L'hypersécrétion lacrymale qui survient par action réflexe à la suite de l'excitation d'un grand nombre de nerfs crâniens (frontal, sous-orbitaire, nasal, lingual, glosso-pharyngien, pneumogastrique), n'est pas influencée par la section du grand sympathique, mais cesse de se produire après celle du nerf lacrymal.

Ce phénomène réflexe n'est qu'incomplétement éteint par le sommeil chloroformique.

L'auteur examine ensuite comparativement l'influence du trijumeau et celle du grand sympathique.

Au point de vue de la quantité des larmes sécrétées, l'excitation de ces deux nerfs n'est guère comparable, à cause des lésions qu'il faut faire subir aux animaux pour atteindre le nerf trijumeau.

Au point de vue de la qualité, on n'a pu recueillir assez de liquide pour le soumettre à une analyse chimique bien complète. Ce que l'on peut dire, c'est que dans les deux cas les larmes conservent leur alcalinité, mais que celles qui résultent de l'excitation du grand sympathique sont troubles, tandis que celles que l'on obtient par l'excitation du trijumeau restent limpides et transparentes, du moins chez le lapin.

S'appuyant, non plus sur des expériences, mais sur l'observation de faits cliniques, l'auteur pense que c'est le grand sympathique qui préside à l'humectation normale de l'œil. En effet, il a constaté que chez certains malades atteints de paralysie du trijumeau, la conjonctive avait conservé son degré d'humidité habituel, tandis que le larmoiement était aboli.

Les troubles circulatoires de la glande lacrymale entraînent des changements dans sa sécrétion. Après la ligature de l'artère carotide, l'irritation du nerf lacrymal de ce côté détermine une sécrétion moins abondante que du côté sain.

La ligature des veines augmente considérablement la quantité des larmes.

Toute gêne respiratoire produit un effet analogue.

HUBERT.

Beitrage zur Lehre vom Zuckungsgesezte des absterbenden Nerven (Étude sur la loi de réaction des nerfs au moment de la mort), par FILEHNE. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, X^e vol., 4e partie, septembre* 1872.)

Dans un travail antérieur (1), Filehne était arrivé à formuler la proposition suivante : le nerf en voie de dégénération se comporte exactement, au point de vue électro-physiologique, comme le nerf qui meurt.

Il avait vu, en effet, se produire dans le cas de dégénération tous les phénomènes observés par von Bezold et Rosenthal dans la période consécutive à la mort. Une difficulté subsistait cependant, c'est qu'il avait, en outre, noté un certain nombre de particularités absolument incompatibles avec la théorie formulée à ce sujet par Rosenthal. Il s'est trouvé ainsi conduit à reprendre complètement l'étude de cette question.

C'est le résultat de ces nouvelles recherches qu'il expose dans ce travail. Disons tout d'abord qu'elles ont pleinement confirmé la proposition énoncée plus haut ; de sorte que l'on peut considérer comme vrai pour le nerf en voie de dégénération tout ce qui l'est pour le nerf frappé par la mort.

Dans la 1re partie de son mémoire, Filehne résume d'abord en peu de mots l'opinion de Rosenthal. D'après cet auteur (2), l'excitabilité du nerf, immédiatement après la mort, s'accroît graduellement pour diminuer ensuite et disparaître enfin complétement. Ces modifications se succèdent avec d'autant plus de rapidité

(1) *Ueber die Erregbarkeit degenerirender Nerven. Berlin, klin. Wochenschift*, 1869, n° 50.

(2) *Allgem. med. centr. Zeitg.*, 28e année.

que l'on examine une partie du nerf plus éloignée du muscle, une section du nerf les accélère, et cela d'autant plus qu'elle porte sur un point plus rapproché du segment en expérience.

Antérieurement, von Bezold et Rosenthal avaient émis les propositions suivantes, relativement aux modifications que subit, dans les mêmes circonstances, la loi de réaction du nerf: On sait que les courants faibles ne déterminent jamais, à l'état physiologique, qu'une contraction de fermeture ; il n'en est plus de même dans la période consécutive à la mort. Si le courant est ascendant, il se produit bientôt des contractions à la fermeture et à l'ouverture, plus tard à l'ouverture seulement; si le courant est descendant, on observe au bout de peu de temps des contractions à l'ouverture et à la fermeture, plus tard à la fermeture seulement, et, dans le même moment, on peut obtenir des contractions à l'aide de courants assez faibles pour ne donner aucune réaction à l'état normal; c'est alors la contraction de fermeture qui apparaît si le courant est ascendant, la contraction d'ouverture s'il est descendant.

Ces phénomènes s'observent pendant un laps de temps d'autant plus considérable que l'examen porte sur une partie du nerf plus éloignée de la moelle ou du point sectionné.

Dans un autre travail (1), Rosenthal donne l'interprétation suivante des faits que nous venons d'exposer : le premier effet de l'état cadavérique étant d'accroître l'excitabilité du nerf, il en résulte que des courants faibles agissent alors comme des courants plus forts agiraient à l'état normal, et qu'un courant capable de donner à l'état normal le 1er degré du système de Pflüger, donne après la mort le 2e degré (2). Si plus tard l'on voit disparaître la contraction de fermeture pour le courant ascendant et celle d'ouverture pour le descendant (3e degré de Pflüger), c'est que l'état cadavérique ne se produit que graduellement dans le nerf, qu'il s'y propage du centre à la périphérie, et que par suite la partie de l'organe sur laquelle est appliqué l'électrode central a déjà cessé d'être excitable alors que les parties plus éloignées le sont encore. Or, d'après la théorie de Pflüger, c'est à l'électrode central que se produit l'excitation d'où résultent la contraction de fermeture pour le courant ascendant et la contraction d'ouverture pour le descendant; si la partie du nerf qui lui correspond n'est plus excitable, ces deux contractions doivent nécessairement manquer, tandis que les contractions d'ouverture pour le courant ascendant

(1) *Fortschr. der Physik.* 15e année.

(2) Nous croyons devoir reproduire ici le schéma dans lequel Pflüger a formulé la loi de réaction des nerfs à l'état physiologique : 1er degré (courant faible) : contraction de fermeture, quel que soit le sens du courant. — 2e degré (courant d'intensité moyenne) : contractions d'ouverture et de fermeture, quel que soit le sens du courant. — 3e degré (courant fort) : contractions d'ouverture pour le courant ascendant, de fermeture pour le courant descendant. (*Untersuchungen über die Physiologie des Electrotonus.* Berlin, 1859.)

et de fermeture pour le descendant persistent, puisqu'elles sont dues toutes deux à l'excitation de la partie inférieure du nerf, et qu'à ce moment cette partie atteint précisément son maximum d'excitabilité. Toute contraction disparaît lorsque l'excitabilité s'éteint dans le point qui correspond à l'électrode inférieur. Pour ce qui est enfin des courants très-faibles (il s'agit ici de ceux qui ne provoquent pas de réaction à l'état physiologique) l'excitabilité croissant beaucoup plus rapidement au pôle supérieur, leur action se fait surtout sentir dans les cas où, d'après la théorie de Pflüger (1), l'excitation se produit à ce pôle, c'est-à-dire au moment de la fermeture pour le courant ascendant et de l'ouverture pour le descendant.

Telle est l'interprétation donnée par Rosenthal des modifications que subissent après la mort les propriétés électro-physiologiques des nerfs. Il faut reconnaître qu'il n'en a nullement démontré l'exactitude ; rien ne prouve que l'excitabilité soit précisément à son maximum au moment où les courants faibles donnent la réaction du 2e degré de Pflüger ; et quand apparaît celle du 3e degré, rien ne démontre que l'excitabilité soit anéantie dans la partie du nerf qui correspond à l'électrode central ; d'autre part, on n'a pas jusqu'ici étudié comparativement les modifications que subit l'excitabilité des nerfs et celles qui se produisent dans leurs réactions ; les relations admises par Rosenthal entre ces deux ordres de phénomènes ne reposent donc pas sur une base solide. Enfin, ni cet auteur, ni von Bezold n'ont observé dans la période consécutive à la mort les effets des courants qui donnent pendant la vie les réactions des 2e et 3e degrés de Pflüger.

Filehne a été amené ainsi à rechercher comment se modifient après la mort les différentes réactions physiologiques que les nerfs donnent sous l'influence des courants de diverse intensité, et quels rapports peuvent affecter ces modifications avec celle que subit simultanément l'excitabilité nerveuse.

Voici les résultats des expériences qu'il a instituées à cet effet (2).

Pour ce qui est de l'excitabilité, il ne peut ajouter qu'un petit nombre de détails à ce que l'on sait déjà. Dans la plupart des nerfs qu'il a examinés, il a vu cette propriété s'accroître dans des proportions notables pour s'abaisser ensuite et disparaître enfin complétement. Dans un certain nombre de cas, cependant, l'abaissement s'est produit d'emblée. Le temps que ces modifications mettent à s'accomplir est très-variable ; il peut osciller entre une demi-heure et un jour entier ; il est généralement plus considérable

(1) Consultez, relativement à cette théorie, l'article ÉLECTRICITÉ, de M. Jaccoud, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

(2) Voir dans l'original le détail de ces expériences. Elle ont été faites sur le nerf sciatique de la grenouille ; toutes les causes d'erreur qu'il était possible de prévoir paraissent avoir été évitées.

quand la grenouille est saine et la chaleur tempérée; dans les conditions inverses, la mort totale survient plus vite. La durée des différentes phases par lesquelles passe l'excitabilité dans cette période varie également dans des limites étendues. Ordinairement le stade de décroissance est le plus long, mais souvent aussi la courbe tombe rapidement du maximum à zéro. L'ascension se fait en général promptement, mais il est impossible d'établir de règle à cet égard.

C'est en comparant les effets produits par l'électricité d'induction et par les courants continus, ou, en d'autres termes, les modifications de l'excitabilité et des réactions du nerf que Filehne a obtenu les données les plus importantes et les plus nouvelles.

Il est nécessaire, pour l'étude, d'examiner successivement ce qui se passe : 1° dans la période où l'excitabilité s'accroît; 2° dans la période où elle décroît.

Dans la première période, nous avons vu que, suivant Rosenthal, des courants nerveux, trop faibles pour agir à l'état normal, donnent lieu à des contractions ; le mouvement se produirait à la fermeture pour les courants ascendants, à l'ouverture pour les descendants.

D'après Filehne, ce phénomène peut s'observer avant le moment où les courants faibles commencent à donner les réactions du 2e degré de Pflüger; il a pour condition nécessaire une augmentation de l'excitabilité ; le courant ascendant commence à agir avant le descendant ; il ne produit jamais, dans ces conditions, qu'une contraction de fermeture; le courant descendant au contraire se comporte différemment suivant les circonstances : tantôt il agit avant le moment où l'on voit les courants faibles donner les réactions du 2e degré de Pflüger, et, dans ce cas, c'est constamment une contraction de fermeture que l'on observe; tantôt il n'agit que plus tard, et il ne donne plus alors qu'une contraction d'ouverture.

A quelle cause rapporter cette différence d'action? D'après Filehne, deux facteurs peuvent contribuer à la produire : 1° la distance comprise entre la moelle et la partie du nerf sur laquelle porte l'expérience; 2° la longueur de cette partie. Il a constaté en effet qu'au moment où l'excitabilité s'accroît, on voit apparaître en premier lieu la contraction d'ouverture si l'excitation porte sur une partie du nerf voisine de la moelle, la contraction de fermeture dans le cas contraire. Il a montré également que plus la longueur du segment en expérience est considérable, plus il y a de chances pour que le courant descendant donne d'abord la contraction d'ouverture, et inversement; de sorte que l'on peut formuler la proposition suivante : les courants descendants trop faibles pour produire à l'état frais aucune réaction donnent, quand l'excitabilité s'accroît, une contraction de fermeture, si la partie excitée est courte et éloignée de la section, une contraction d'ouverture dans les conditions in-

verses. Or l'on sait, d'autre part, que deux points d'un nerf offrent, sous le rapport de l'excitabilité, d'autant plus de différence qu'ils sont plus éloignés l'un de l'autre et plus rapprochés de la section; il est également reconnu que le plus central est toujours le plus excitable ; l'on peut dire ainsi que, dans l'expérience dont il s'agit, les courants descendants donnent une contraction de fermeture quand les points correspondants aux électrodes sont à peu de chose près également excitables, une contraction d'ouverture dans le cas contraire. Cela posé, les faits peuvent s'expliquer très-simplement : chaque fois que l'excitabilité est approximativement égale aux deux électrodes, l'action du courant est la même qu'à l'état normal, et il se produit une contraction de fermeture; chaque fois, au contraire, que l'excitabilité est plus considérable à l'électrode central, le courant descendant doit donner plutôt, conformément à la théorie de Pflüger, la contraction d'ouverture, puisque cette contraction reconnaît précisément pour cause l'excitation qui se produit à l'anode, et que ce pôle correspond alors au point le plus excitable.

Filehne recherche ensuite comment se comportent, dans cette même période, les courants qui donnent à l'état normal la réaction du 1er degré de Pflüger. On a vu plus haut que, d'après Rosenthal, ils produiraient au moment où l'excitabilité du nerf arrive au maximum, la réaction du 2e degré. Filehne a obtenu des résultats différents. Dans certains cas d'abord, particulièrement lorsque le courant était très-faible et que l'excitabilité du nerf ne présentait qu'un médiocre accroissement, la réaction du 1er degré a continué à se produire. Dans les conditions opposées, il a observé tantôt les observations du 2e degré, tantôt celles du 3e ; on sait que, dans ce dernier cas, Rosenthal attribue la suppression des contractions de fermeture pour le courant ascendant et d'ouverture pour le descendant à l'affaiblissement de l'excitabilité dans la partie supérieure du nerf ; les expériences de Filehne démontrent positivement l'inexactitude de cette explication, car il a constaté qu'au moment même où ce phénomène se produisait l'excitabilité était accrue dans toute la longueur de l'organe. Ainsi donc, un courant qui donne, à l'état normal, la réaction du 1er degré de Pflüger, peut donner, après la mort, dans la période où l'excitabilité atteint son maximum d'accroissement, la réaction du 3e degré.

Les courants qui donnent à l'état normal la réaction du 2e degré se comportent quelquefois de même, dans la période ou l'excitabilité est accrue ; plus souvent cependant, ils produisent, comme d'ailleurs les courants plus intenses, les contractions qui caractérisent le 3e degré.

En résumé, l'on voit constamment, pendant cette période, les courants se comporter comme le font à l'état normal des courants plus forts ; tout se passe conformément aux lois de Pflüger, et s'explique suffisamment par l'accroissement de l'excitabilité.

Les phénomènes que l'on observe dans la période où l'excitabilité décroît sont d'une interprétation plus difficile. Les courants qui avaient produit précédemment les réactions du 1er degré de Pflüger donnent maintenant celles du 2e, puis du 3e degré ; ces différences d'action se succèdent avec d'autant plus de rapidité que le courant est plus fort. Il vient un moment où les courants les plus faibles donnent d'emblée les réactions du 2e degré et plus tard même on ne peut plus obtenir que celles du 3e. Nous avons vu précédemment comment, pour Rosenthal, ces phénomènes sont dus à l'extinction graduelle de l'excitabilité dans les parties supérieures du nerf, alors que les parties périphériques réagissent plus énergiquement qu'à l'état normal ; or, ici encore, cette explication est erronée. Les expériences de Filehne le démontrent positivement, car constamment on y a trouvé, au moment même où ces phénomènes se produisaient, le bout central tout aussi excitable que le bout périphérique. Pour notre auteur, ils s'expliquent suffisamment par l'action d'arrêt que le passage d'un courant exerce, en toutes circonstances, sur la conductibilité du nerf. On sait que, d'après Pflüger, cette action est la véritable cause qui donne lieu, dans les conditions normales, aux réactions de son 3e degré ; or, il semble résulter des expériences de Filehne, qu'après la mort elle se manifeste plus énergiquement encore qu'à l'état physiologique. On peut donc admettre qu'il vient un moment où les courants les plus faibles suffisent à la produire, et où, par conséquent, la réaction du 3e degré est la seule que l'on puisse obtenir. H. HALLOPEAU.

Recherches relatives à l'influence des lésions traumatiques des nerfs sur les propriétés physiologiques et la structure des muscles, par M. A. VULPIAN. (*Archives de physiologie*, 1872, nos 5, 6 et précédents.)

Dans le cours de cette année, M. Vulpian a inséré dans les *Archives de physiologie* une série d'articles dont les deux derniers seulement, qui renferment les conclusions du travail, feront l'objet de cette analyse.

M. Vulpian, reprenant les expériences d'Erb, Ziemssen et Weiss, arrive à examiner successivement l'influence exercée par les lésions des nerfs sur les propriétés physiologiques des nerfs eux-mêmes et des muscles, puis, sur la texture et la structure de ces deux ordres d'organes.

I. — *Influence des lésions des nerfs sur les propriétés physiologiques des nerfs et des muscles.*

1° — M. Vulpian étudie d'abord les *modifications des propriétés des nerfs sous l'influence des lésions qui portent sur eux.* Il est inutile de citer ici les modifications constatées par Erb, Ziemssem

et Weiss analysées, du reste, dans un article antérieur de M. Vulpian. Il suffira de rappeler les principales conclusions qu'Erb a tirées de ses expériences. D'après lui, peu de temps après que la continuité des fibres nerveuses écrasées s'est rétablie, les courants faradiques interrompus exciteraient plus facilement les contractions des muscles lorsqu'ils sont appliqués sur les nerfs au-dessus du lieu de la lésion que lorsqu'ils sont appliqués au-dessous. De plus, pour le même observateur, les nerfs pourraient, d'ailleurs, conserver ou recouvrer leur conductibilité, tandis que la réceptivité aux excitations électriques demeurerait nulle ou affaiblie. Déjà M. Duchenne (de Boulogne) avait constaté le retour des mouvements volontaires dans des muscles que l'on ne peut pas encore faire contracter par l'électricité.

Ici se place une hypothèse d'Erb, d'après laquelle les fibres nerveuses devraient leur excitabilité électrique à leur gaîne de myéline, tandis que leur conductibilité serait une propriété appartenant exclusivement au cylindre-axe.

Les cylindres-axes seraient ou conservés ou reproduits avant que la gaîne de myéline fût régénérée. Le phénomène s'expliquerait ainsi facilement.

Mais l'hypothèse d'Erb ne s'applique pas à certains faits consécutifs aux lésions traumatiques et à la paralysie saturnine. De plus, les nerfs qui ne répondent plus à l'excitation faradique peuvent, lorsqu'ils sont excités mécaniquement, provoquer des contractions musculaires. La faible réceptivité électrique du bout inférieur des nerfs écrasés tient, d'après M. Vulpian, au petit nombre des fibres régénérées, et il n'accepte pas l'hypothèse qui dédouble la propriété physiologique des fibres nerveuses pour attribuer exclusivement une part de cette propriété au cylindre-axe et l'autre à la gaîne de myéline.

2° — Quant aux *modifications des propriétés des muscles sous l'influence des lésions des nerfs destinés à ces organes*, M. Vulpian a vu la contractilité des muscles animés par les nerfs lésés diminuer rapidement, comme l'avaient constaté tous les observateurs; mais il n'a jamais vu l'excitabilité faradique disparaître dans le cours des vingt-quatre premières heures. Les muscles conservent leur contractilité faradique, au moins pendant un grand nombre de mois, bien que cette propriété devienne de plus en plus difficile à mettre en jeu, au fur et à mesure que les faisceaux musculaires s'atrophient. M. Vulpian n'a pas constaté, comme Erb, l'exagération de l'action des courants continus dans le même temps que l'action des courants interrompus s'affaiblit. La modification dans l'action comparative des deux pôles de la pile sur les muscles signalée par Erb n'a pu davantage être constatée.

Ainsi Erb avait avancé que, quelques jours après la lésion des nerfs musculaires, le pôle positif agissait plus énergiquement sur

les muscles correspondants que le pôle négatif, tandis que, sur les muscles sains, c'est le pôle négatif qui produit, au contraire, l'excitation la plus vive.

Dans toutes les expériences de M. Vulpian où cette recherche a été faite, quelle que fût l'intensité du courant employé, le pôle négatif agissait avec plus de puissance que le pôle positif sur les muscles paralysés.

En résumé, dans les expériences de M. Vulpian, la contractilité musculaire s'est affaiblie dans tous les cas, mais s'est affaiblie plus rapidement lorsque les nerfs ont subi une solution de continuité que lorsqu'ils ont été modifiés de toute autre façon.

II. — Pour ce qui regarde l'*influence des lésions des nerfs sur la structure de ces organes*, M. Vulpian a constaté une fois de plus les phénomènes signalés d'abord par Augustus Waller. Dans le bout inférieur, la gaîne de myéline se trouble vers le quatrième jour, se segmente en tronçons vers le sixième jour, et ces tronçons continuent ensuite à se segmenter pour se réduire en gouttelettes qui deviennent de plus en plus fines. En même temps, apparaissent des granulations graisseuses plus ou moins reconnaissables au milieu des gouttelettes de myéline. Toutes ces granulations se résorbent peu à peu, et, au bout de deux ou trois mois, les fibres nerveuses semblent ne plus consister qu'en des gaînes de Schwann vides ou ne contenant plus que quelques granulations graisseuses, isolées ou réunies en corps granuleux. — Que deviennent ensuite la gaîne de Schwann, le cylindre-axe et enfin le périnèvre et le tissu conjonctif du nerf?

Dans ses premières recherches avec M. Philipeaux, M. Vulpian avait pensé que le cylindre-axe persistait dans les tubes nerveux altérés. M. Ranvier, au contraire, affirmant la disparition d'un certain nombre de cylindres-axes dans ce cas, M. Vulpian a fait de nouvelles expériences et pense qu'il a pris pour le cylindre-axe la gaîne de Schwann revenue sur elle-même, et offrant l'aspect d'un filament. Il aurait pris ensuite pour la gaîne de Schwann l'enveloppe extérieure du nerf appelée improprement périnèvre par M. Robin. Il serait probable, d'après M. Vulpian, que les filaments axiles disparaîtraient, du quinzième au vingtième jour, après la section, dans le bout inférieur. Les parcelles de myéline placées en séries linéaires dans la gaîne de Schwann auraient été prises par M. Vulpian pour des débris du cylindre-axe. Les noyaux de cette gaîne subiraient en même temps une hyperplasie considérable. Contrairement à l'opinion de Schiff, le cylindre-axe disparaîtrait donc dans les fibres en voie de dégénération.

M. Vulpian ignore comment le cylindre-axe se régénère, comment les noyaux multipliés de gaînes de Schwann disparaissent.

Relativement à l'*influence des lésions des nerfs sur la structure des muscles*, M. Vulpian a noté une atrophie des fibres consistant

dans la diminution du diamètre, la pâleur plus grande, la transformation vitreuse, le rapprochement des stries, la multiplication des noyaux du sarcolème ; le tissu conjonctif interstitiel séparant les faisceaux musculaires s'hyperplasie, et un certain nombre de ses éléments se transforment en vésicules adipeuses. Il en résulte une stéatose interstitielle. Ces altérations musculaires sont toujours plus prononcées dans les cas où les nerfs ont été complétement divisés. Les muscles se régénèrent, du reste, comme les nerfs, et d'autant plus rapidement que la lésion nerveuse a été moins profonde.

J. RENAUT.

Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des deutschen Aconitins (Recherches sur les actions physiologiques de l'acotinine allemande), par Rudolf BŒHM et WARTMANN. (*Verhandl. der physikal.-medic. Gesellschaft in Würzburg, t. III, 1re partie,* 1872.)

MM. Bœhm et Wartmann ont étudié de nouveau l'action physiologique de l'aconitine amorphe de Merck. Cette substance, qui porte dans le commerce le nom d'aconitine allemande, est une poudre fine presque incolore et sans odeur qui se dissout dans l'eau distillée après l'addition d'une très-petite quantité d'acide. La solution prend une couleur violette caractéristique de l'aconitine quand on la chauffe avec précaution avec l'acide phosphorique. On prépara une solution de cette substance à 1 p. 0/0, et pour étudier l'action de l'aconitine sur le système nerveux, des expériences furent faites chez la grenouille, tandis que pour étudier l'action du poison sur la circulation et sur la respiration, on a choisi de préférence des lapins, des chiens et des chats.

Action de l'aconitine sur le système nerveux des grenouilles. — Pour examiner l'action d'un poison sur le système nerveux et en particulier sur les nerfs moteurs, on emploie, comme le faisait Bezold, deux grenouilles, l'une empoisonnée et l'autre non empoisonnée; un nerf sciatique de chaque animal est placé dans la bobine secondaire (bobine mobile) d'un appareil à chariot de Du Bois et on mesure l'excitabilité des nerfs moteurs par la différence qui existe entre les plus petites intensités des courants induits qui déterminent chez les deux grenouilles une contraction musculaire. On peut aussi faire la comparaison chez une même grenouille en coupant, d'un côté, le nerf sciatique, et en liant les vaisseaux du même côté, afin de soustraire un membre à l'action du poison, tandis que l'autre membre et ses nerfs seront soumis à l'influence de ce poison.

Ces méthodes paraissent exactes au premier abord ; mais MM. Bœhm et Wartmann font remarquer que si elles sont bonnes

quand il s'agit de reconnaître des différences très-marquées existant dans l'excitabilité des nerfs, de grandes difficultés se présentent quand il faut distinguer de petites différences dans cette excitabilité. En effet, disent ces expérimentateurs, on obtient des résultats différents sur un même nerf, quand on commence par l'exciter vivement et quand on éloigne la bobine jusqu'à ce que les courants induits cessent de produire une contraction musculaire, ou bien quand on éloigne d'abord beaucoup la bobine, puis qu'on la rapproche peu à peu, jusqu'à ce que cette contraction ait lieu. Il est impossible de trouver deux grenouilles dont l'excitabilité des nerfs soit comparable et, chez la même grenouille, les changements apportés dans l'excitabilité d'un nerf par la ligature des vaisseaux et par la section du nerf, rendent aussi la comparaison difficile entre les excitabilités d'un nerf empoisonné et d'un nerf non empoisonné.

Ces raisons ont déterminé MM. Bœhm et Wartmann à prendre une autre méthode. Par un grand nombre de recherches faites sur des préparations normales de nerfs et de muscles, ils se sont fait une image claire des changements qui surviennent dans l'excitabilité du nerf coupé et qui meurt peu à peu, changements qui ont été décrits par un grand nombre de physiologistes ; puis des recherches tout à fait analogues furent faites chez des animaux empoisonnés.

Achscharumow et Weyland ont publié que l'excitabilité des nerfs moteurs est complétement détruite par l'aconitine. Ces deux expérimentateurs empoisonnèrent des grenouilles avec 0,01 ou 0,02 d'aconitine et trouvèrent que, de une heure à trois heures après la mort, les nerfs n'étaient plus excitables, tandis que les muscles étaient encore excitables. Les expériences de MM. Bœhm et Wartmann n'ont pas confirmé ce résultat. Avec des doses de 0,01 à 0,02 et 0,03 d'aconitine ils ont vu survenir rapidement la paralysie de tous les muscles volontaires, et jamais cependant ils n'ont trouvé les nerfs non excitables à aucun moment de l'empoisonnement. Il y a donc une contradiction formelle entre les résultats.

Parmi les nombreuses expériences faites par MM. Bœhm et Wartmann, on peut citer celle-ci :

Expérience n° 34. — Chez une grenouille, on lie d'un côté toutes les veines et les artères de la cuisse en plaçant une ligature au dessous du nerf isolé avec soin ; l'autre membre est laissé intact ; on injecte ensuite 0 gr. 04 c. de chlorhydrate d'aconitine sous le dos de la grenouille ; 10 minutes après l'animal est déjà privé de mouvement et ne répond que par de très-faibles mouvements réflexes à l'excitation chimique et tactile de la peau. Les mouvements réflexes sont certainement plus faibles du côté lié que du côté libre, et beaucoup plus faibles que chez une grenouille saine. Après 20 minutes, la grenouille est complétement paralysée et, du côté lié, complétement privée de mouvements réflexes ; tandis que tous les muscles du corps présentent de violentes contractions fibrillaires, ceux du côté lié n'en présentent nullement, signe certain que la ligature a suffi pour empêcher la pénétration du poison vers l'extrémité. Une heure après, les deux nerfs sciatiques sont isolés et coupés. Celui

du côté lié produit une contraction musculaire à une distance de 28 centimètres des deux bobines de l'appareil d'induction, celui du côté non lié à une distance de 32 centimètres.

De cette expérience il résulte avec certitude, d'après MM. Bœhm et Wartmann, que la paralysie dans l'empoisonnement par l'aconitine est d'origine centrale, et n'a rien à faire avec un changement de l'excitabilité des organes périphériques.

Le résultat général de ces recherches est le suivant :

L'aconitine exerce son action d'abord sur l'organe nerveux central, sur la moelle, et produit d'abord une diminution du pouvoir réflexe (de la sensibilité) des ganglions sensibles de la moelle, puis une diminution de l'excitabilité des ganglions moteurs, ce qui conduit à une paralysie totale de tous les mouvements volontaires et réflexes. Les nerfs périphériques et les muscles ne sont point affectés par l'empoisonnement, à l'exception des terminaisons nerveuses intra-musculaires, qui sont probablement excitées, ce qui se traduit par des contractions musculaires fibrillaires.

Tout à fait au début, de petites doses du poison paraissent souvent produire une excitation de quelques ganglions moteurs de la moelle qui peuvent causer des mouvements des muscles des parois abdominales, semblables à des mouvements de vomissement, et des contractions musculaires cloniques.

Influence de l'aconitine sur les organes de la circulation. — Dans une seconde partie de leur travail, MM. Bœhm et Wartmann ont recherché l'action de l'aconitine sur les organes de la circulation ; les expériences furent faites chez des lapins, des chiens, auxquels on découvrit l'artère carotide ; la pression du sang fut prise dans ce vaisseau avec un manomètre à ressort de Bourdon, appliqué par M. Fick à la mesure de la pression du sang. L'aconitine allemande de Merck produit à fortes doses chez les mammifères une diminution de fréquence des battements du cœur, et bientôt un arrêt complet de cet organe en diastole ; dans le dernier stade, on observe quelquefois une accélération passagère des battements du cœur.

La pression moyenne du sang est un peu accrue au début de l'empoisonnement chez les lapins ; chez les chiens et chez les chats, elle est toujours considérablement diminuée, et le travail accompli par chaque battement isolé du cœur est dans tous les cas considérablement accru. Dans le dernier stade de l'empoisonnement, la pression du sang est toujours basse.

L'arrêt du cœur, suivant M. Achscharumow, est dû à une action du poison sur l'origine centrale du pneumogastrique ; MM. Bœhm et Wartmann ont coupé les deux pneumogastriques et ont reconnu que l'action du poison sur le cœur a lieu de même ; l'hypothèse précédente doit donc être abandonnée. Aussi ces expérimentateurs ad-

mettent que l'aconitine excite l'appareil nerveux d'arrêt situé dans le cœur ; ils rejettent tout à fait l'hypothèse que l'aconitine est un poison musculaire.

L'aconitine exerce-t-elle une action sur le centre des nerfs vasculaires situé dans la moelle allongée? Tandis que chez des chiens curarisés l'excitation des extrémités centrales du nerf sciatique ou du nerf saphène produit toujours une importante augmentation de la pression du sang, cette excitation des nerfs sensibles ne produisit plus d'effet lors de l'empoisonnement par l'aconitine. Quelle partie de l'appareil réflexe était paralysée? Si c'était le centre des nerfs vasculaires (nerfs sympathiques) l'excitation de la moelle allongée ne devrait plus faire monter la pression du sang. L'excitation directe du centre des vaso-moteurs augmenta très-nettement la pression du sang quand l'excitation des nerfs sensibles périphériques ne produisait plus ce résultat. A la fin de l'empoisonnement, quand la pression du sang était fort abaissée, l'excitation du centre des vaso-moteurs ne produisit plus d'action, ce centre était aussi paralysé.

Bœhm et Wartmann admettent donc que l'aconitine arrête le pouvoir réflexe des ganglions sensibles sur le centre des vaso-moteurs en rendant inexcitables les ganglions sensibles, c'est-à-dire en paralysant la sensibilité. Le centre nerveux des vaso-moteurs est lui-même paralysé dans le dernier stade de l'empoisonnement par l'aconitine peu de temps avant la mort.

Il y a, comme le montre l'analyse de ce travail, une contradiction manifeste entre les résultats de Bœhm et Wartmann et ceux qui ont été publiés en 1866 par M. Achscharumow; il m'est possible d'apporter dans cette étude physiologique quelques données expérimentales qui peuvent éclairer cette question difficile. En effet, j'ai publié avec M. Duquesnel, en 1871 (*Comptes rendus de l'Académie des sciences,* page 209), un travail sur les propriétés physiologiques de l'aconitine, et c'est la découverte faite par M. Duquesnel de l'*aconitine pure et cristallisée* qui a donné lieu à nos recherches. Quand nous avons commencé nos expériences, nous ne connaissions pas le travail d'Achscharumow; Bœhm et Wartmann ne paraissent pas connaître l'exposé de nos résultats. Nous sommes arrivés exactement aux mêmes conclusions que le physiologiste russe. L'aconitine à la faible dose de 5 centièmes de milligramme agit sur les grenouilles exactement comme le curare, elle paralyse les nerfs moteurs, n'agit pas sur les muscles et laisse battre le cœur.

Mais à haute dose, c'est-à-dire injectée à la dose d'un milligramme sous la peau d'une grenouille, l'aconitine arrête le cœur comme on peut s'en assurer en examinant sous le microscope la circulation du sang dans la membrane interdigitale aussitôt après l'injection du poison ; il résulte de cet arrêt primitif du cœur que le sang empoisonné n'a pas eu le temps d'arriver aux extrémités pé-

riphériques des nerfs et de les paralyser; dans ce cas, les nerfs moteurs restent excitables.

Cette action d'arrêt sur le cœur, qui a été aussi signalée par Achscharumow, différencie l'aconitine du curare; si l'on injecte à une grenouille des doses élevées et répétées de curare, par exemple, un centigramme toutes les heures, les nerfs moteurs sont paralysés par la première injection, mais le cœur continue toujours à battre malgré les injections répétées; vient-on alors à faire une injection d'aconitine, le cœur est bientôt arrêté, mais dans ce cas on n'observe plus ces contractions fibrillaires qui ont été signalées dans les muscles; les plaques motrices terminales des nerfs ayant été déjà paralysées par le curare, l'aconitine ne peut plus les exciter; cela prouve que ces contractions fibrillaires ne sont pas dues à une action directe sur les muscles, mais à une action sur les éléments nerveux périphériques. Il faut donc distinguer avec soin dans l'action de l'aconitine les effets produits par des doses différentes, et les expériences que je viens de citer peuvent expliquer des résultats contradictoires qui doivent disparaître de la science.

N. GRÉHANT.

Étude physiologique sur les effets toxiques de l'inée, poison des Pahouins (Gabon), par MM. CARVILLE et POLAILLON. (*Arch. de physiologie*, 1872, p. 523, 550, et p. 680-709.)

Les expériences qui forment la base de ce travail ont été faites avec des préparations diverses (extrait, graines, feuilles, etc.), provenant toutes d'une plante sarmenteuse de la famille des apocynées, le *strophantus hispidus*, D. C., dont le suc épaissi sert aux sauvages du Gabon pour empoisonner leurs flèches. Un certain nombre de ces dernières ont été mises en usage pour l'expérimentation. La plante toxique, comme le poison qui en est extrait, est connue sous le nom d'*inée* ou *onage*.

Les expérimentateurs ont commencé par établir que le poison du Gabon est bien un toxique, et, dans un premier chapitre, ils ont étudié les effets physiologiques consécutifs à l'empoisonnement. L'effet toxique est mis hors de doute par une première expérience, consistant à injecter, sous la peau d'une grenouille, une goutte de solution alcoolique concentrée d'extrait d'inée. Au bout de 30 minutes, la mort survient par arrêt du cœur. M. Pélikan était déjà arrivé à ce résultat sur la grenouille. MM. Carville et Polaillon ont montré que l'action de l'inée est régulière et identique sur les divers animaux (tortues, escargots, souris, oiseaux, lapins, chiens), qu'elle tue par le même mécanisme.

Quand on ouvre l'animal aussitôt après la mort, on trouve le cœur immobile. Il cesse même de battre quelques secondes avant la mort,

ce qu'on constate en explorant attentivement le pouls du sujet. Enfin, une fois l'arrêt produit, on remarque également que les fibres musculaires ont perdu leur contractilité. Il résulte de ce fait une première présomption que l'inée est un poison du cœur. Celui-ci paraît dans tous les cas s'arrêter en *systole*.

La dyspnée, puis les nausées, les vomissements et enfin la syncope terminale sont les principaux symptômes de l'empoisonnement.

La première conclusion de MM. Carville et Polaillon, résultant de ces premières expériences, est donc que : *l'inée est un poison d'une extrême énergie, agissant sur le cœur, et amenant la mort par paralysie cardiaque.*

En second lieu, l'inée est un poison purement musculaire. Outre que les mouvements spontanés ou réflexes des animaux ne sont nullement abolis jusqu'au moment précis de la mort, on constate, en excitant les nerfs d'un membre sur lequel on a intercepté l'arrivée du sang empoisonné dans les muscles, que ceux-ci se contractent normalement sous l'influence de l'excitation de leurs nerfs moteurs.

Le poison du Gabon n'a aucune influence sur l'excitabilité motrice des nerfs. *Le système nerveux de la vie de relation n'est nullement influencé.* On a aussi constaté que les phénomènes vasomoteurs consécutifs à la section du sympathique, au cou, ne subissent aucune modification en présence de l'agent toxique. *Le système nerveux du grand sympathique qui préside aux fonctions végétatives ne paraît donc pas plus atteint que le système nerveux de la vie de relation.*

Au contraire, les muscles mis en contact direct avec le poison, perdent rapidement leur contractilité, les muscles striés aussi bien que les muscles lisses. Cette altération toute fonctionnelle ne répondrait à aucune modification dans la structure. L'inée, en outre, agit directement sur le muscle sans intervention du système nerveux ni du système vasculaire périphérique. Son action sur le cœur est indépendante du cerveau, du bulbe, de la moelle, dont l'ablation est sans influence sur la production des phénomènes toxiques; il en est de même de la suppression préalable de l'action du sympathique et du vague.

Quant au cœur, il s'arrête en première ligne, parce qu'en raison de ses fonctions, il reçoit avant tous les autres muscles une quantité d'inée suffisante pour tuer ses fibres contractiles. En effet, l'inée agit très-peu sensiblement sur les animaux qui manquent d'un organe locomoteur central de la circulation.

Le poison des flèches agit identiquement comme l'extrait d'inée.

En résumé, MM. Carville et Polaillon définissent l'inée : *une substance toxique qui a la propriété de détruire la contractilité musculaire, de passer en nature dans le sang, de s'y conserver, et de s'y accumuler.*

Tout poison qui jouit de semblables propriétés est un poison du

cœur, ce qui ne veut pas dire que tous les poisons du cœur agissent de la même manière. Il peut, en effet, se faire que certains d'entre eux portent spécialement leur action sur l'innervation de cet organe. Toutefois, le groupe tout entier des poisons dits *musculaires* doit former une classe à part, dans laquelle l'inée constitue un type important.

J. RENAUT.

Zur Physiologie der thierischen Wærme (Sur la physiologie de la chaleur animale), par le Dr HORVATH de Kieff. (*Centralblatt,* 26 *oct.* 1872.)

Sous ce titre, l'auteur publie quelques observations nouvelles sur l'hibernation des marmottes.

La plupart des auteurs ont avancé que chez ces animaux le sommeil de l'hibernation était continu ; c'est-à-dire que les marmottes s'endormaient à l'automne et ne se réveillaient qu'au printemps suivant, sans jamais être, une seule fois, éveillées pendant l'hiver.

Six de ces animaux, mis en observation par l'auteur, ont démontré l'inexactitude de cette opinion ; chez tous le sommeil a été intermittent ; c'est-à-dire qu'il durait de 1 à 4 jours pour être suivi d'une période égale de veille.

Les marmottes trouvées dans la Silésie supérieure au mois d'août ont été isolées, pour la première fois en octobre, dans des appareils de verre.

Elles ont été nourries à l'aide de froment, carottes, viande et pommes de terre.

Leur poids pendant l'hiver était de 150 à 206 grammes. Leur température a été constamment mesurée avec le même thermomètre. La longueur de leur corps prise, sans tenir compte de la tête et de la queue, était de 150 mm. environ, le thermomètre avait 36 mm. de long, ce qui représente environ le quart de la longueur du corps. Pendant la veille, la température rectale était de 35° à 37° C. ; tandis que pendant le sommeil, elle se rapprochait de la température ambiante. Elle est descendue à 2° C. chez une marmotte qui, quelques heures après, courait avec agilité.

Le 6 décembre, un de ces animaux plongé dans le sommeil est mis en observation, la température extérieure est de 9° C. Le sommeil dure jusqu'au 9. Le nombre des respirations est de 3 ou même un peu moins par minute. La température ambiante et celle de la marmotte oscillé entre 9 et 10°. Le 9 décembre, la température extérieure restant la même; celle de l'animal, au moment du réveil, monte d'une manière très-rapide. Dans l'espace d'environ 2 heures elle s'élève de 8°, 4 à 12°. Les respirations montent rapidement jusqu'à 40 par minute. La moyenne des observations semblables faites

au moment où les animaux sortent de la torpeur fournit les résultats suivants :

Pendant la 1re heure, élévation d'environ 2°; pendant la 2e heure, élévation d'environ 5°; dans la 1/2 heure suivante, élévation de 15°.

L'échauffement le plus rapide commence lorsque la température rectale atteint 15 à 17°.

Il a été observé chez une marmotte qui avait été exposée à une température de — 2° centigr.

Ce fait paraît tout à fait étonnant à l'auteur qui fait remarquer, après l'avoir comparé aux autres variations de température connues chez les animaux à sang chaud, combien il serait actuellement difficile d'en donner une explication physiologique.

La petite quantité d'oxygène consommée par la respiration ne peut expliquer qu'en partie la rapidité de cet échauffement. Cependant les observations faites par Horvath sur ce point important sont encore fort incomplètes.

Une marmotte du poids de 153 grammes, placée dans une température de 9°, produit pendant le sommeil en 1 heure 0gr, 015 CO^2 et 0gr, 014 H_2O. Deux jours après, à l'état de veille et par une température ambiante de 13° 5, elle fournit en 1 heure 0gr, 513 CO^2 et 0,098 H_2O.

Dans d'autres analyses, la différence entre l'acide carbonique produit pendant la veille et pendant le sommeil était beaucoup plus marquée (presque le double) que dans l'exemple précédent.

Malheureusement les estimations n'ont pas pu être faites au moment du réveil et de l'accroissement rapide de température.

Sopra alcuni sperimenti di trasfusione del sangue (Sur quelques expériences de transfusion du sang), faites dans le laboratoire de physiologie de Florence, exposées par le Dr MOSSO. (*Lo Sperimentale, de Florence*; *fasc.* 10e, *octobre* 1872.)

Ces expériences, imaginées par le professeur Schiff et faites en commun dans son laboratoire avec le docteur Mosso, ont pour but de prouver qu'*après la section de la moelle cervicale, la faiblesse apparente du cœur, qui se manifeste dans le pouls et dans la pression sanguine, n'est pas l'effet d'un défaut relatif de sang dans le système vasculaire, et se trouve tout à fait étranger aux résultats fournis par la destruction des nerfs hypothétiques que l'on suppose chargés de maintenir la force du cœur.*

Il s'agissait, en un mot, de prouver que si le cœur paraît faiblir, lorsque par la destruction de la moelle épinière ou par sa séparation de la moelle allongée, on détermine une dilatation paralytique des petits vaisseaux (Goltz, Ludwig et Thiry) et aussi des vaisseaux

plus gros (Schiff), cette apparente faiblesse dépend de ce seul fait que l'animal est relativement anémique, parce qu'une grande partie de son sang est retenue à la périphérie.

Il a suffi, pour fournir cette preuve, de faire la transfusion du sang à des animaux (chiens) auxquels on avait sectionné la moelle, et en prenant d'ailleurs toutes les précautions voulues en de pareilles recherches. A mesure que le sang arrivait dans les vaisseaux dilatés par la paralysie et que la pression sanguine revenait au *statu quo* antérieur, le cœur fonctionnait comme auparavant.

Une objection se présentait : le rétablissement de la pression sanguine était-il seulement le fait de l'apport d'une grande quantité de sang, sans participation des contractions cardiaques?

Une autre expérience vint prouver que réellement la contraction du cœur, dans ce cas, complète la pression artérielle, et que ce n'est point la quantité excessive du sang qui produit cet effet.

Le docteur Mosso annonce la publication prochaine d'un mémoire du professeur Schiff sur cette question. Dans ce mémoire, il donnera pour chaque chien la quantité approximative de sang qui était nécessaire pour remettre la pression dans son état primitif, après la paralysie du système vasculaire.

Pour le moment, il lui suffit de noter que chez un chien ayant un poids moyen de 5 kilogrammes, on devait augmenter la masse sanguine de 230 à 300 grammes, pour combler pendant 30 à 40 minutes l'augmentation de champ qu'avait produite la paralysie du système vasculaire. Or, la plus grande partie de ce sang s'accumulait dans les veines. On voit donc que l'état de contraction dans lequel se tiennent les veines, dans l'état normal du système nerveux vasomoteur, est très-considérable relativement. Goltz était déjà arrivé à cette conclusion, par une autre voie, dans ses expériences sur les grenouilles.

BARÉTY.

Zur Lehre von Muskelsinn (*Étude sur le sens musculaire*), **par M. BERNHARDT.** (*Archiv für Psychiatrie und Nerven Krankt, t. III, 3e partie*, 1872.)

Dans un court historique, Bernhardt passe d'abord en revue les divers arguments qui ont été tour à tour invoqués pour ou contre l'existence d'une sensibilité musculaire. Spiess (1) et Schiff (2) se prononcent catégoriquement pour la négative: l'excitation mécanique ou chimique des muscles ne détermine, comme l'ont démontré Pikford et Arnold, ni douleurs, ni mouvements réflexes. Si les crampes sont douloureuses, c'est à cause de la compression que le muscle

(1) *Spiess-physiologie des Nervensystems*. S. 76.
(2) *Lehrbuch der Physiologie*.

fait subir, en se contractant, aux filets nerveux qui le traversent. Il est douteux d'ailleurs que les muscles reçoivent des nerfs sensitifs, car il a été démontré par Schiff qu'après la section des racines antérieures, on trouve, au bout d'un certain temps, tous les nerfs musculaires en voie de dégénération. La notion de position des membres nous est fournie par les nerfs qui émanent des tendons et des parties molles périarticulaires.

Existe-t-il pourtant, dans les muscles, une sensibilité spéciale qui nous permette d'apprécier exactement le degré de force que nous employons pour triompher d'un obstacle, un sens de force (Kraftsinn), selon l'expression de E. H. Weber? Plusieurs auteurs, J. Müller, Ludwig, Bernstein pensent que nous n'avons pas besoin de cette sensibilité spéciale; qu'il nous suffit de pouvoir apprécier exactement l'intensité de l'excitation qui part de l'encéphale pour aller provoquer le mouvement voulu.

L'auteur a essayé de juger la question à l'aide de l'expérience suivante : il adaptait au pied d'un lit une petite potence munie de trois poulies sur lesquelles une corde glissait à frottements doux; une extrémité de la corde supportait une planchette garnie de poids; l'autre était munie d'un anneau que l'on plaçait autour du cou-de-pied ou dans la main du sujet en expérience; un léger mouvement suffisait pour soulever la planchette. L'expérimentateur détermina d'abord dans quelle mesure on pouvait ainsi reconnaître la différence des poids que l'on plaçait successivement sur la planchette ; puis il renouvela la même épreuve en provoquant par la faradisation la contraction des muscles de la jambe; dans ces conditions, la volonté ne prenait plus part à la production du mouvement; or, il se trouva qu'il devenait plus difficile au sujet en expérience de reconnaître la différence des poids qu'il soulevait; les mêmes recherches furent faites chez des ataxiques, et le phénomène fut encore plus marqué. M. Jaccoud (3) a trouvé chez tous les ataxiques qu'il a examinés à ce point de vue, le sens musculaire notablement altéré.

Ces expériences donneraient des résultats plus décisifs si l'on pouvait éliminer complétement les sensations produites par la compression de la peau et des parties molles, mais c'est en vain que Bernhardt a tenté de produire l'anesthésie des parties sur lesquelles portait la pression, c'est en vain qu'il a cherché des sujets atteints d'une anesthésie complète et assez intelligents pour rendre compte de leurs sensations.

L'auteur admet en somme, avec les auteurs cités plus haut, que le « sens de force » est une fonction psychique; mais il reconnaît que les impressions sensitives nées des parties molles qui avoisinent les muscles contribuent puissamment à compléter la notion

(3). Jaccoud. *Les Paraplégies et l'ataxie du mouvement.* Paris, 1864.

fournie par le sensorium. Quant au sens musculaire proprement dit, il n'existe pas. H. HALLOPEAU.

Experimentell-kritische Untersuchung über die flüssige Hautaufsaugung (Recherches critiques et expérimentales sur l'absorption des liquides par la peau), par RŒHRIG de Kreuznach. (*Arch. der Heilkunde, sept.* 1872.)

On connaît les très-nombreuses expériences qui ont été faites sur la perméabilité de l'épiderme et les résultats contradictoires qui ont cours dans la science sur ce sujet. L'examen critique de toutes ces recherches conduit l'auteur à nier d'une manière formelle la pénétration des substances liquides ou dissoutes à travers l'épiderme intact.

La balance ou l'examen des urines et des autres sécrétions ne peuvent donner que des renseignements fort incertains auxquels R. oppose non-seulement des objections sérieuses, mais aussi des expériences nouvelles. Toutefois, si l'épiderme ne peut être traversé par aucun corps solide, liquide ou pulvérulent, même lorsqu'on a pris le soin de débarrasser la peau de son enduit gras ou d'opérer sur des parties dépourvues de glandes sébacées, telles que la paume des mains ou la plante des pieds, il se laisse, au contraire, pénétrer facilement par les substances volatiles. D'après les recherches de R., c'est sous cette forme que l'iode et le mercure passent à travers la peau ; et de nombreuses expériences faites sur lui-même et sur des animaux établissent que lorsqu'on suspend des matières médicamentuses dans des véhicules volatils et surtout rapidement volatils, on obtient des effets thérapeutiques évidents.

L'absorption se ferait, dans ce cas, à travers les conduits des glandes sudoripares.

Il résulte de cette étude critique et expérimentale, qu'on lira avec intérêt parce qu'elle rend compte d'une manière très-complète des divers travaux faits sur la question, que le mode d'action des bains d'eaux minérales est encore inexplicable. M. KRISHABER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Untersuchungen über die quantitativen Veranderungen der Kohlensaüre-production beim Menschen. (Recherches sur les variations quantitatives que subit chez l'homme la production d'acide carbonique), par LIEBERMEISTER. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, 10e *vol., sept.* 1872.)

Des variations provoquées par les déperditions de chaleur.

L'auteur a montré précédemment comment et dans quelle mesure la production de la chaleur se modifie dans l'organisme sous l'influence

d'un bain froid; il a fait voir qu'après s'être accrue, pendant toute la durée du bain, dans des proportions considérables, elle s'abaisse immédiatement après pour tomber bientôt au-dessous de la moyenne physiologique et y rester un certain temps; l'augmentation qu'elle avait présentée au moment où l'organisme subissait l'action du froid se trouve ainsi compensée, quelquefois au delà.

Il était intéressant de savoir si la production d'acide carbonique passait par les mêmes alternatives. L'expérimentation avait bien montré qu'immédiatement après le bain, ce gaz continuait à s'éliminer en plus grande quantité qu'à l'état normal, mais cela ne prouvait nullement qu'à ce moment même, la production ne fût pas abaissée, car l'on pouvait admettre qu'une bonne partie de ce qui s'éliminait à ce moment s'était formée plus tôt. Schrœder avait trouvé, dans ses expériences, que, 5 ou 10 minutes après le bain, la proportion d'acide carbonique exhalée était plus considérable qu'à l'état normal, tandis qu'elle était moindre une demi-heure ou trois quarts d'heure après. Mais ces recherches étaient incomplètes, il fallait, pour arriver à une solution positive, suivre le phénomène pendant un certain temps; si réellement la production d'acide carbonique baissait au moment où la cause réfrigérante cessait d'agir, l'élimination devait bientôt décroître proportionnellement.

Or, c'est précisément ce qu'a observé Liebermeister, dans les expériences (1) qu'il a faites dans le but d'élucider cette question; constamment il a vu l'élimination de l'acide carbonique s'accroître pendant toute la durée du bain froid, rester plus considérable qu'à l'état normal, pendant les 20 minutes qui suivaient, puis tomber au-dessous de la normale et rester inférieure pendant quelque temps.

Dans la suite de son travail, l'auteur examine comparativement les modifications que la production de chaleur et la production d'acide carbonique subissent dans l'organisme sous l'influence d'une cause réfrigérante. Il a déjà montré, dans un autre article, que l'on pouvait mesurer, pour une période de longue durée, la quantité de chaleur produite par la quantité d'acide carbonique qui se formait simultanément, et il est arrivé à ce résultat que, chez l'homme, l'équivalent calorique de l'acide carbonique produit (c'est-à-dire le nombre de calories qui se développent par l'effet des oxydations nécessaires à la production de 1 gramme d'acide carbonique), varie entre 2,6 et 3,5 et qu'en général il est de 3. Il s'agissait de savoir si cette loi restait vraie pour le sujet soumis à l'action du bain froid.

Or, les expériences qu'il a instituées à cet effet lui permettent de conclure par l'affirmative.

Il faut tenir compte, dans ces recherches, de la taille et de l'embonpoint du sujet en expérience; sous l'influence d'une même cause de réfroidissement, les individus gras perdent moins de chaleur que les individus maigres; néanmoins la loi ci-dessus énoncée est vraie pour les uns comme pour les autres.

Dans la dernière partie de son mémoire, Liebermeister établit, d'après ses expériences et celles de Schrœder, que, chez les fébricitants, la production de chaleur et l'élimination d'acide carbonique subissent très-

(1) Voir dans l'original la relation de ces expériences.

probablement, sous l'influence d'un bain froid, les mêmes modifications que l'on observe, dans les mêmes circonstances chez un individu sain.

H. HALLOPEAU.

Untersuchungen über Peristaltik des Magens und Darmkanals (Recherches sur les mouvements péristaltiques de l'estomac et du canal intestinal), par le Dr von BRAAM-HONCKGEEST. (*Pflüger's Archiv, septembre* 1872.)

L'auteur a recours à un procédé spécial pour étudier les mouvements de l'estomac et de l'intestin, en se mettant à l'abri des causes d'erreur dues à l'irritation résultant du contact de l'air. Les animaux sont placés dans une solution de sel marin dont la température est maintenue à 38°. La respiration est assurée par l'introduction dans la trachée d'une canule en T, aux branches latérales de laquelle sont adaptés des tubes en caoutchouc dont l'extrémité s'ouvre à l'air libre.

Honckgeest étudie d'une façon très-détaillée et dans des chapitres séparés : les mouvements normaux de l'estomac et du canal intestinal, l'influence des troubles respiratoires sur les contractions et sur la circulation de ces mêmes organes, et enfin l'action du système nerveux sur leurs mouvements.

Par des expériences nombreuses et très-bien conçues, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les mouvements de l'estomac sont placés sous l'influence du nerf vague. L'irritation du pneumogastrique du côté droit produit les mêmes effets que l'irritation de celui du côté gauche. Les deux nerfs se distribuent donc dans les mêmes parties de l'estomac et de la même façon.

L'excitation de ce même nerf provoque des mouvements de l'estomac, surtout lorsque les vaisseaux de cet organe sont remplis de sang artériel présentant une forte tension.

Des contractions avaient encore lieu, bien que moins intenses, quand les vaisseaux étaient remplis de sang veineux (par exemple alors que la respiration était gênée).

Quant au canal intestinal, ses éléments contractiles entrent énergiquement en action lorsque leurs vaisseaux sont remplis soit par du sang artériel, soit par du sang veineux : l'intestin grêle sous l'influence et du sang artériel et du sang veineux, le gros intestin seulement sous l'influence du sang artériel.

L'action directe du nerf vague sur les contractions de l'intestin ne lui semble pas démontrée.

Les nerfs splanchniques sont des nerfs d'arrêt, non-seulement pour l'intestin grêle, mais aussi pour l'estomac. Ils agissent peut-être comme nerfs vaso-moteurs en chassant le sang contenu dans ces organes.

Tantôt les contractions péristaltiques d'une anse intestinale se produisent consécutivement à une contraction analogue de l'estomac, et peuvent alors être provoquées par l'irritation du nerf vague. Tantôt elles débutent par l'anse où on les observe, et ne sont plus alors sous la dépendance du nerf vague.

Malgré l'irritation isolée du pneumogastrique, l'estomac reste quelquefois immobile, et l'on observe souvent dans ce cas la contraction des parties les plus différentes de l'intestin. La cause de ces mouvements

n'est pas bien connue; mais ils ne sont pas une conséquence directe de l'irritation de ce nerf, car ils persistent encore après sa section chez des animaux que l'on fait périr étouffés. L'excitation est probablement causée par le sang altéré dans sa composition.

Chez l'animal vivant, les mouvements péristaltiques de l'estomac ou de l'intestin ne surviennent jamais sous l'influence d'une irritation locale quelle qu'en soit la nature, soit électrique ou mécanique.

Le déplacement péristaltique du contenu de l'intestin ne nécessite pas toujours une contraction péristaltique des fibres circulaires. L'arrivée des sucs digestifs et les resserrements partiels de l'intestin semblent suffire pour ce mode de progression. La présence de ces mêmes sucs digestifs peut encore, surtout au niveau des parties très-musculaires de l'intestin grêle, déterminer des mouvements spontanés dans la couche des fibres circulaires.

De telles contractions sont assez fréquentes dans la partie inférieure de l'intestin grêle, lorsqu'il est fortement rempli et que ses parois sont dans un certain état de tension.

On n'observe pas le mouvement antipéristaltique sur l'intestin des animaux vivants.

L'anémie du canal intestinal bien loin de provoquer des contractions, arrête au contraire ou ralentit celles qui existaient déjà.

Les mouvements spontanés si énergiques que l'on constate dans l'intestin mis à découvert et au contact de l'air ne sont pas normaux, et s'expliquent par la production d'une hyperémie qui survient rapidement.

HUBERT.

Sur le rôle du filet sympathique cervical et du nerf grand auriculaire dans la vascularisation de l'oreille du lapin, par le docteur A. MOREAU. *(Arch. de physiologie, nov., déc.* 1872.*)*

La section des nerfs accolés à l'artère temporale, ou plus simplement celle du sympathique cervical, ne détermine pas toujours une vascularisation appréciable. Mais si on la fait suivre de la section du nerf grand auriculaire, branche du plexus cervical, on obtient une magnifique vascularisation de l'oreille.

Tel est le fait que M. Moreau a déjà annoncé, le 30 janvier dernier, à l'Académie de médecine, et dont il propose l'explication suivante :

Lorsqu'on coupe le nerf sympathique seul , et chez un autre animal le nerf auriculaire seul, on parvient à se convaincre que le sympathique anime surtout la région inférieure de l'oreille, tandis que l'auriculaire correspond à la supérieure. Il en résulte que la section simultanée de ces deux nerfs détermine d'une manière plus sûre et plus marquée la vascularisation générale de l'oreille externe.

Ueber das Centrum der Gefæssnerven (Sur le centre des nerfs vasculaires), par Julius BUDGE. *(Archiv für die gesammte Phys. des Menschen und der Thiere, von Pflüger, t. VI, septembre* 1872.*)*

Dans une précédente communication, l'auteur a établi que l'irritation électrique du pédoncule cérébral détermine un resserrement de toutes

les petites artères du corps, resserrement analogue à celui que l'on obtient par l'irritation des rameaux du grand sympathique.

Il se propose actuellement de faire voir comment se comporte la pression sanguine sous l'influence de cette irritation. — Il a remarqué que toujours, peu de temps après le commencement de l'excitation, la pression sanguine s'élevait d'une quantité considérable; après même que l'irritation avait cessé d'agir, la pression augmentait encore pendant un court espace de temps, pour diminuer ensuite peu à peu.

Les tracés graphiques joints au travail de Budge, mettent bien en relief ces résultats.

C'est chez le lapin que furent faites d'abord ses recherches, puis ensuite sur le chien. Les variations de pression ont été enregistrées sur l'artère carotide.

Il expérimentait de la façon suivante : on entretenait artificiellement la respiration d'un chien empoisonné par le curare; puis, de chaque côté de la suture sagittale et près d'elle, on faisait un trou par lequel on enfonçait, jusqu'à la base, une aiguille de cuivre.

Ces aiguilles étaient mises en rapport avec un appareil d'induction, et la durée de l'irritation variait entre 6 et 24 secondes.

Ordinairement les battements du cœur augmentaient de fréquence.

L'auteur pense que l'irritation des fibres sensitives dans le pédoncule se réfléchit sur les faisceaux du sympathique qui se trouvent dans la moelle. Ceux-ci entrent alors en jeu et déterminent ainsi un acrroissement de la pression sanguine. HUBERT.

Contribution à la physiologie des nerfs vagues, par S. ARLOING et L. TRIPIER. *(Arch. de physiologie 1872, p. 411 et p. 732.)*

Les auteurs, dans ce travail, envisagent l'action du nerf vague au triple point de vue de la *circulation*, de la *respiration* et de la *digestion*. Dans un dernier chapitre, ils recherchent le mécanisme en vertu duquel le pneumogastrique agit sur ces trois fonctions.

Les résultats obtenus par eux se prêtent peu à l'analyse et ne peuvent être résumés que d'une manière générale. MM. Arloing et Tripier ont étudié successivement l'influence de la section de la moelle sur l'excitabilité des vagues, (celle-ci agit en atténuant les effets ordinaires de l'excitation) — l'influence de la galvanisation des vagues à l'aide des courants graduellement croissants ou décroissants. — Ils ont recherché s'il existe une différence entre la galvanisation du vague droit et celle du vague gauche, au point de vue de l'action sur le cœur (l'excitation du vague droit agit plus fortement sur les contractions cardiaques). — Ils ont enfin constaté que les modifications des phénomènes circulatoires sont plus profondes lorsque le courant passe seulement par le bout périphérique des nerfs pneumogastriques.

L'étude de l'action comparée des deux vagues sur la respiration les a conduits à admettre que le vague gauche agit plus spécialement sur le poumon, tandis que le droit agit plutôt sur le cœur.

L'influence de l'excitation du bout périphérique des pneumogastriques coupés, modifie, en outre, moins énergiquement, les mouvements respi-

ratoires que celle des nerfs intacts ou de leur bout central. De plus, la section de chacun des nerfs vagues est suivie d'une diminution dans l'ampleur des mouvements de la paroi thoracique du même côté.

J. R.

Recherches expérimentales sur certains points de la physiologie des nerfs pneumogastriques, par MM. LEGROS et ONIMUS. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 20, 11 nov. 1872, p. 1192-1194.*)

Ces auteurs ont étudié l'influence sur les mouvements du cœur des excitations électriques des nerfs pneumogastriques, selon l'intensité et le nombre des excitations dans un temps donné.

Toutes les excitations électriques, quel qu'en soit le nombre, déterminent un abaissement de la tension artérielle, d'autant plus considérable que le nombre des intermittences est plus grand dans un temps donné. En même temps, les pulsations deviennent plus rares et plus amples, et cela en raison directe du nombre des intermittences.

Des intermittences rares ralentissent les contractions cardiaques; pour amener l'arrêt du cœur, il en faut un certain nombre, d'autant moindre que l'animal est plus affaibli, qu'il est dans un état d'hibernation ou qu'il est à sang froid. Chez un animal à sang chaud, l'arrêt du cœur ne dure que de 15 à 30 secondes; après ce temps d'arrêt, il survient, malgré la continuation de l'excitation, des contractions rares, mais fortes, et dont le nombre augmente progressivement.

Il s'écoule toujours, entre l'excitation du pneumogastrique et une modification quelconque des battements du cœur, un intervalle plus considérable chez les animaux à sang froid que chez ceux à sang chaud.

H. TH.

Sull'irritazione chimica dei nervi cardiaci (Sur l'irritation chimique des nerfs cardiaques). Recherches expérimentales faites par le Dr Ange MOSSO, dans le laboratoire de physiologie du Musée royal de Florence. (*Lo Sperimentale, de Florence, fasc. 10e, octobre 1872.*)

L'auteur, après avoir rappelé les principaux résultats des recherches du professeur Schiff sur le nerf vague, considéré comme accélérateur des mouvements du cœur (voir l'analyse de ce remarquable travail), après avoir aussi exposé sommairement la manière d'expérimenter de Schiff à ce propos, l'auteur, dis-je, vient corroborer ces mêmes résultats par une série d'expériences faites sur des chiens, sur lesquels il irrite le nerf vague avec une solution de potasse.

Inutile de dire que, dans ces expériences, le docteur Mosso a pris les mêmes précautions que prenait Schiff.

Voici les conclusions de ce travail données par l'auteur lui-même :

1° L'irritation des nerfs vagues produit une augmentation rapide du pouls, due aux fibres excitatrices du cœur, qui suivent le trajet du vague.

2° En isolant le rameau du sympathique du tronc principal du nerf vague, on obtient encore une augmentation de la fréquence en irritant les fibres

du vague avec la potasse, pendant que l'irritation du sympathique reste sans effet visible sur le rythme du pouls.

3° L'irritation mécanique des nerfs laryngés inférieurs produite par la simple section, est déjà capable par elle-même de faire croître le nombre des battements du cœur.

4° Indépendamment de la pression augmentée, l'irritation des nerfs laryngés inférieurs faite au moyen d'une solution de potasse est capable de faire augmenter considérablement la fréquence du pouls.

5° L'augmentation des pulsations du cœur est jusqu'à un certain point proportionnelle à l'intensité de l'irritation. Ce point ressort d'autant mieux des expériences faites avec l'irritation galvanique qu'il est moins clair avec l'irritation chimique.

BARÉTY.

Des gaz du sang, expériences physiologiques sur les circonstances qui en font varier la proportion dans le système artériel, par MATHIEU et URBAIN. *(Arch. de physiologie*, 1872.)

Nous ne donnerons qu'une idée sommaire de ce travail dont les détails se prêtent peu à l'analyse. Les conclusions générales formulées par les auteurs peuvent cependant être résumées de la manière suivante :

Il existerait un balancement constant entre les différentes causes qui peuvent intervenir, soit pour augmenter, soit pour diminuer le degré d'oxygénation du sang.

Les globules seraient les agents passifs servant simplement au transport de l'oxygène. La receptivité de ces organites pour ce gaz serait constante et ne dépendrait nullement de la température, par exemple. On sait que M. Cl. Bernard a formulé une opinion entièrement différente.

Les globules rouges, dans les conditions normales, n'auraient qu'une action de présence et de nombre en dehors de laquelle la proportion de gaz qu'ils fixent et transportent serait subordonnée à des circonstances sérieuses indépendantes d'eux-mêmes. Les causes qui mettent en jeu la propriété fondamentale des globules rouges seraient : l'*endosmose*, *le rhythme respiratoire* dont l'activité élève la quantité d'oxygène absorbée par le sang, *la circulation*, *le nombre des globules sanguins*. La proportion d'oxygène croît dans le sang quand croît le nombre des éléments qui le fixent. Elle diminue quand la masse du sang s'amoindrit (anémie des grandes hémorragies — de l'inanitiation) ou se dilue (absorption immodérée de boissons).

Il s'établit entre les différentes causes d'artérialisation une espèce d'équilibre : à côté des causes d'augmentation de l'oxygène dans le sang artériel se placent toujours des causes de moindre absorption (antagonisme entre la fréquence de la respiration et la rapidité de la circulation, — abaissement de température coïncidant avec une suractivité de l'endosmose pulmonaire, mais s'accompagnant de ralentissement du rhythme respiratoire, etc.).

L'acide carbonique produit par les combustions organiques augmente dans le sang quand celles-ci sont elles-mêmes augmentées ; mais il est promptement éliminé par suite de la suractivité du rhythme respiratoire

qui accompagne l'augmentation de l'oxygène dans le sang artériel. La quantité de l'acide carbonique contenu dans le sang est proportionnelle à la pression atmosphérique. Quand la température baisse, ce gaz formé antérieurement reste en dissolution dans le sang artériel refroidi. Si, au contraire, la température s'élève, il est abondamment éliminé et il en reste fort peu en solution dans le sang, bien que les combustions soient alors augmentées. L'issue du gaz est facilitée alors par la température élevée qui diminue sa solubilité et par l'accélération des mouvements respiratoires.

J. RENAUT.

Expérience établissant la possibilité de ralentir et de suspendre à volonté la circulation dans les vaisseaux artériels de sa propre rétine. Valeur de cette expérience, par M. Alex. BARÉTY. (*Journ. d'ophth., sept.* 1872, p. 455.)

Examinant la circulation de sa propre rétine, en se plaçant dans des conditions analogues à celles qui ont été exposées par Vierordt, l'auteur a pu étudier les caractères apparents des globules sanguins et modifier leur circulation. Ces troubles dans la circulation rétinienne, troubles assez accusés pour abolir à un moment donné la perception lumineuse, résulteraient d'une pression graduelle exercée sur le globe oculaire. Il y aurait d'abord perturbation de la circulation artérielle, puis abolition totale ou presque totale de l'abord du sang à la rétine, de là une cécité passagère.

Cette expérience, qui d'ailleurs ne se ferait pas sans inconvénients d'après l'auteur, puisqu'il lui attribue l'apparition de mouches volantes, expliquerait l'influence nuisible de l'hypersécrétion de sérosité caractéristique du glaucome, suivant M. Baréty; et aussi la cécité rapide qui suit l'embolie de l'artère centrale de la rétine.

Dans tous ces cas la circulation du sang étant entravée ou arrêtée, la rétine perd ses fonctions au même titre que le ferait un muscle, et la cécité se produit. F. T.

L'irritazione del cervello per anemia (De l'irritation du cerveau par anémie). Recherches expérimentales faites dans le laboratoire de physiologie de Florence, par le Dr A. MOSSO. (*L'Imparziale de Florence, n*° 17, 1er *septembre* 1872.)

L'auteur, après un court aperçu historique dans lequel se trouvent cités successivement Cooper, Küthe, Moleschott, Navalichin et Kovalesky, Magendie et Poiseuille, et son maître Schiff, expose la relation d'une série d'expériences faites sous la direction du professeur Schiff, par lesquelles il croit, dit-il, pouvoir prouver que l'effet de la ligature des carotides (augmentation de la fréquence du pouls et de la pression sanguine) dépend d'une double irritation, tantôt des nerfs vaso-moteurs, tantôt des nerfs accélérateurs du cœur : irritation qui est produite par une suspension momentanée et partielle de la circulation. A. BARÉTY.

Influence des lésions de la moelle sur la calorification des membres inférieurs, par VULPIAN. *(Société de biologie, 17 févr. 1872 : Gaz. médicale, 16 nov. 1872.)*

Il semble résulter des expériences de l'auteur que l'élévation de la température est due, non pas à une paralysie, mais plutôt à une irritation portant sur les nerfs dilatateurs des vaisseaux. A. J.

Excitabilité des faisceaux antérieurs de la moelle, par A. VULPIAN. *(Société de biologie, 17 février 1872 : Gazette médicale, 16 novembre 1872.)*

L'auteur conclut que les faisceaux antérieurs de la moelle sont directement excitables. A. J.

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau, par M. FOURNIÉ. *(Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 17, 21 oct. 1872, p. 969 ; n° 20, 11 nov. 1872, p. 1194-1197.)*

Pour étudier la localisation des fonctions cérébrales, l'auteur perfore le crâne d'un chien et injecte dans la substance cérébrale quelques gouttes d'une solution caustique de chlorure de zinc, colorée en bleu avec l'aniline. L'animal est observé, puis sacrifié, autopsié, et les résultats de l'observation mis en regard des lésions reconnues à l'autopsie. De 36 observations, M. Fournié croit pouvoir conclure que : toutes les fibres impressionnables viennent aboutir dans les couches optiques, centre de perceptions ; que ce centre est placé entre deux sources d'excitation : les causes impressionnantes qui lui viennent des nerfs, et les causes impressionnantes qui lui viennent à travers les fibres blanches du noyau de l'encéphale, des cellules qui sont à la périphérie corticale du cerveau. C'est l'activité de ces cellules qui donne naissance aux phénomènes de souvenir, d'association d'idées. Les corps striés sont constitués par des cellules motrices, qui tiennent sous leur dépendance tous les mouvements voulus.

Nous ne faisons que résumer les conclusions de l'auteur, ne les acceptant encore que sous réserve d'observations ultérieures.

H. TH.

Interstitielle Injectionen in die Hirnsubstanz (Injections interstitielles dans la substance cérébrale, par H. NOTHNAGEL. *(Centralblatt f. med. Wissenschft, 26 octobre 1872. N° 45.)*

L'auteur, après avoir perforé le crâne, injecte de l'acide chromique concentré dans une région déterminée du cerveau. Celle-ci se colore en vert et durcit ; un foyer circonscrit d'encéphalite se développe autour de ce point ; les fonctions sont naturellement perdues dans toute l'étendue de la lésion, dont l'autopsie permet de préciser le siége.

N. a fait plus de 100 expériences, et les animaux observés ont vécu de 8-14 jours au moins. — Quant aux résultats ils ont été seulement indiqués à la section de physiologie du Congrès des naturalistes, tenu à Leipzig

cette année. — L'auteur se réserve de les faire connaître plus tard, et n'a publié sa méthode que déterminé par les communications de M. Beaunis sur le même sujet. (*Acad. de méd.*, juillet 1868.)

Il est bon de rappeler, à cette occasion, que la méthode employée par N. a été mise encore à profit par d'autres anatomistes. M. Hayem (thèse inaug. *sur l'Encéphalite*, 1868) a étudié par ce moyen le processus anatomique de l'inflammation du cerveau.—Enfin nous rapprochons ces lignes de l'article précédent qui renferme l'exposé des recherches de M. Fournié sur ce point.

P. BERGER.

Distribution différente de la corde du tympan chez le lapin et chez le chien, par A. VULPIAN. (*Société de biologie*, 17 *févr.* 1872. *Gazette médic.*, 16 *nov.* 1872.)

La section de la corde du tympan ne produit de dégénération secondaire d'aucun des tubes nerveux du lingual lorsqu'on opère chez le lapin, et la corde du tympan se rend tout entière dans la glande sous-maxillaire.

Chez le chien, au contraire, il se produit une altération d'un certain nombre de tubes nerveux dans toutes les ramifications du lingual jusqu'à leur extrémité. A. J.

Pathogénie de l'atrophie musculaire à la suite des sections de nerfs, par A. VULPIAN. (*Société de biologie*, 17 *février* 1872. *Gaz. médicale*, 16 *nov.* 1872.)

L'auteur conclut que l'atrophie musculaire est due à l'absence de l'influence excitante des centres nerveux, et non pas à une influence voisine exercée par le travail de dégénération qui s'accomplit dans le bout périphérique du nerf sectionné, puisque le nerf peut se régénérer et l'altération des muscles persister, quand les deux bouts du nerf sont dans l'impossibilité de se réunir. A. J.

Note sur les effets physiologiques et l'élimination de l'urée introduite dans l'organisme; de la présence normale de l'urée dans la salive, par le Dr A. RABUTEAU. (*Un. méd.*, n° 142, 30 *nov.* 1872, *p.* 841.)

L'auteur a pratiqué ses expériences sur lui-même; il a pris l'urée à la dose de 5 grammes le matin; il a reconnu qu'à cette dose il ne s'est pas produit d'effet diurétique évident, si ce n'est pendant les premières heures qui ont suivi l'ingestion, et d'autre part que l'urée ingérée s'élimine totalement en nature dans les 24 heures. Il a remarqué que la sécrétion salivaire était augmentée dans les heures qui suivaient l'ingestion de l'urée, et cette remarque l'a conduit à examiner si la quantité de cette matière contenue normalement dans la salive n'était pas augmentée dans ces conditions. Ses observations lui ont permis de reconnaître une augmentation légère. Dans une seconde série d'expériences, M. Rabuteau a étudié le pouvoir diurétique de l'urée, et n'a pu reconnaître qu'une très-faible augmentation de la quantité d'urine, tout en prenant l'urée à la dose de 5 grammes. J. C.

Considérations mécaniques sur les muscles, par M. SCHLAGDENHAUFFEN. (*Journ anat. et phys., sept.-oct.* 1872, *p.* 506.)

Dans ce premier article, l'auteur étudie au point de vue mécanique les muscles extenseurs. Il établit, par le calcul, la proposition suivante : Quand on soulève un poids, le maximum de l'effort musculaire, que l'on est obligé de faire, correspond à la position horizontale de l'avant-bras.

Production abondante d'oxalate de chaux dans la vessie des grenouilles qui ont subi une section de la moelle ou qui sont curarisées, par M. VULPIAN. (*Soc. de biologie,* 13 *janvier* 1872; *Gazette médicale*, 5 *octobre* 1872.)

Indépendamment des faits consignés dans le titre précédent, M. Vulpian a aussi trouvé que l'état trouble, et comme jumenteux des urines de lapins succombant à la suite de certaines expériences, était dû à la présence de cylindres granuleux prenant naissance dans la substance tubuleuse des reins.—Les granulations de ces cylindres semblent être calcaires. L'acide sulfurique donne en effet un dégagement de gaz et des cristaux de sulfate de chaux. A. J.

Des allures du cheval, étudiées par la méthode graphique, par M. E.-J. MAREY. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n°* 16, 14 *oct.* 1872, *p.* 883-887; *n°* 19, 4 *nov.* 1872, *p.* 1115-1119.)

C'est une application intéressante de la méthode graphique et des appareils enregistreurs à l'étude des mouvements si variés et si rapides de la locomotion. Dans la première note, M. Marey étudie l'allure du cheval au pas; dans la seconde, l'allure au trot. H. TH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur le mouvement organique dans ses rapports avec la nutrition, par le docteur JULES-ROBERT MAYER (de Heilbronn), traduit de l'allemand et suivi d'une note sur l'unité des forces et la définition de l'électricité, par LOUIS PÉRARD. (Petit in-8, 136 *p.* G. MASSON, 1872.)

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux, par M. H. MILNE-EDWARDS. t. X., 1re partie. *Système tégumentaire.* (G. MASSON. Paris 1872.)

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie par le docteur E. FOURNIÉ. (In-8, 830 p. Paris. A. DELAHAYE, 1872.)

Sur la circulation dans les plantes, les animaux et l'homme, par J. BELL PETTIGREW. (*Edinb. med. Journ., july, oct.* 1872.)

Zur theorie des Schlaffes (Sur la théorie du sommeil), par H. OBERSTEINER. (*Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XXIX.* 2. p. 224, 1872.)

Ueber eine Wirkung galvanischer Ströme auf Muskeln und Nerven (De l'action des courants galvaniques sur les muscles et les nerfs), von professor doct. L. HERMANN, in Zürich. (*Pflüger's Arch.*, 1872.)

Mémoire sur la torpille par M. MAREY. (*Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, sept. et oct. 1872. — Extrait des *Annales scientif.* de l'école normale supérieure, 1871.)

Zur Physiologie der Cerebrospinalflüssigkeit (Sur la physiologie du liquide cérébro-spinal), par le docteur H. QUINCKE. (*Reichert und Du Bois-Reymond's Arch.*, nº 2, 1872.)

Ueber die Wirkung sehr allmäliger Aenderungen thermischer Reize anf die Empfindungsnerven (De l'effet des variations très-graduelles de température comme agent d'excitation des nerfs sensitifs), par HEINZMANN. (*Pflüger's Arch.*, sept. 1872.)

Considerazioni critico-sperimentali sul veleni del cruore (Considérations critiques et expérimentales sur les poisons du cœur), par le prof. G. PALADINO. (*Movimento medico-chirurgico* de Naples, sept. 1872.)

Physiology of the sphincter vesicæ. Docteur KUPRESSOW. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 613.)

Doctor Richardson's researches on the transmission of light through animal Structures (Recherches du docteur Richardson sur la transmission de la lumière à travers les tissus animaux). (*The Lancet*, 26 oct., 1872, II, p. 617.)

On the relation of the teeth and mouth to mental development (Sur les relations des dents et de la bouche avec le développement intellectuel), par le docteur LANGDON DOWN. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 623.)

Studi sulla coagulazione del sangue (Étude sur la coagulation du sang). *Mémoire* du docteur JOSEPH ALBINI. — Naples, imprimerie de Fibreno, 1872.

On the action of the intercostal muscles, par ARTHUR RANSOME. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 461.)

Cutaneous absorption. (*The Lancet*, 5 oct. 1872, p. 497.)

Physiology of vomiting. (*The Lancet*, 28 sept. 1872, p. 463.)

Ueber den Einfluss der Nerven auf Ernährung und Neubildung (Sur l'in—

fluence des nerfs sur la nutrition et la néoformation des tissus), par HERMANN JOSEPH. (*Reichert et Du Bois-Reymond's Arch.*, sept. 1872.)

Myophysische Untersuchungen, par W. PREYER. (*Pflüger's Arch. VI*, 4 et 5, p. 237, 1872.)

The generative expenditure of man (Dépense génésique de l'homme), par M. ALLEYNE NICHOLSON. (*Edinb. med. Journ.*, oct. 1872.)

CHIMIE MÉDICALE

ANALYSES.

Neue Untersuchungen über die Faserstoffgerinnung (Nouvelles recherches sur la coagulation de la fibrine), par Alexandre SCHMIDT. (*Pflüger's, Arch. Band VI, 8e et 9e parties, page* 413. — 1872.)

Schmidt avait avancé des faits dont l'exactitude fut contestée par Brücke. (Ueber das Verhalten einiger Eiveiss Korper gegen Borsäurelosung. *Wiener akademische Sitzungsberichte Math. Natur Klasse, 2e partie Bd V.*) Il les a repris en les complétant, et est arrivé à confirmer la plupart de ses anciennes assertions, ainsi qu'à établir plusieurs faits nouveaux. D'après ses dernières recherches, on doit considérer trois choses dans la coagulation du sang : la substance fibrino-plastique, le fibrinogène, le ferment.

Substance fibrino-plastique. L'auteur a constaté qu'en neutralisant avec de l'acide acétique une solution alcaline saturée de substance fibrino-plastique, celle-ci se sépare complétement. Lorsque la solution contient, en outre, des sels alcalins neutres, la simple neutralisation des sels ne produit aucun précipité ; il faut y ajouter une quantité d'acide d'autant plus grande que la quantité des sels est elle-même plus considérable. Quoique ce précipité soit soluble dans un excès d'acide acétique, le poids d'acide nécessaire pour le dissoudre est en rapport direct avec celui des sels qui sont en présence. Il résulte de là que, pour précipiter la substance fibrino-plastique du sérum, il faut non-seulement neutraliser la solution, mais l'aciduler légèrement, à cause de la présence des sels ; on peut ajouter sans crainte un excès d'acide, car la quantité d'acide convenable pour redissoudre le précipité excède de beaucoup celle qu'on doit employer pour le produire.

D'après l'auteur, pour précipiter complétement la substance fibrino-plastique, il suffit de verser 4 gouttes d'acide acétique à 25 0/0 dans 10cc de sérum de bœuf étendu de 15 volumes d'eau, et 3 gouttes seulement par 10 cc de sérum de cheval, lequel est plus pauvre en substances albuminoïdes.

On peut également obtenir le même précipité en faisant passer un courant d'acide carbonique dans du sérum étendu de 15 volumes d'eau; mais, pour une séparation complète, il faut que le courant gazeux soit prolongé pendant longtemps.

Quelle que soit la manière dont on ait opéré, on attend 24 heures que le précipité soit rassemblé ; on filtre, et, dans le liquide qui passe, on peut prouver en se servant de la sérosité de l'hydrocèle, qu'il n'y a plus de substance fibrino-plastique ; cette préparation suppose, d'ailleurs, que le sérum est bien privé de globules de sang; on y parvient facilement avec le sang de cheval, et même celui de bœuf; dans les cas difficiles, on doit abandonner le caillot et le sérum pendant plusieurs jours à une basse température, le sérum surnage bientôt parfaitement pur.

Par cette méthode que l'auteur regarde comme exacte et quantitative, il a obtenu pour 100 de sérum avec le sang de bœuf, 0,70 à 0,80 avec celui de cheval, 0,30 à 0,56 de substance fibrino-plastique. 50 cc de sérum de bœuf ont donné 0,315 de substance fibrino-plastique, dont la combustion n'a pas laissé une trace de cendre.

Schmidt étudia l'influence des sels sur la solubilité de la substance fibrino-plastique; les règles qu'il en a tirées s'appliquent surtout aux solutions artificielles. La substance fibrino-plastique à son état naturel présente des différences qui tiennent à ce qu'il y a dans le sang non-seulement des alcalis et des sels minéraux, mais encore d'autres dissolvants.

En effet, Schmidt considère les sels neutres et alcalins du sérum comme ne servant que pour une faible part à la solution de la substance fibrino-plastique; il pense qu'il doit y avoir, en outre, une autre matière dissolvante, existant en quantité assez considérable pour maintenir encore une grande quantité de substance fibrino-plastique en solution, après la neutralisation du sérum. Cette matière diffère des sels alcalins en ce que son pouvoir dissolvant pour la substance fibrino-plastique ne s'affaiblit pas quand on l'étend d'eau, que meme l'addition de 40 volumes d'eau ne la détruit pas, et qu'alors la majeure partie de la substance fibrino-plastique restée en solution ne peut plus être précipitée que par l'addition d'un acide. Peut-être ce moyen de dissolution est-il en rapport avec la présence de l'albumine.

L'auteur traite ensuite de l'état sous lequel se trouve cette dernière substance dans le sérum. Il rapporte et discute les expériences de Brücke, et conclut de ses propres recherches, d'abord qu'il reste à déterminer si l'albumine du sérum est une forme d'albumine soluble ou

une combinaison d'albumine insoluble avec divers sels, et, en second lieu, si la quantité d'eau nécessaire pour la solubilité de l'albumine est indépendante de la quantité d'eau de la solution elle-même. Dans toutes ces conditions, elle reste toujours complétement différente de la substance fibrino-plastique.

L'oxygène dissout la substance fibrino-plastique, et cette dissolution a les caractères d'une solution alcaline saturée ; elle possède la propriété fibrino-plastique, se trouble par l'acide carbonique et l'acide acétique, et le précipité se redissout dans un excès d'acide, dans les alcalis étendus, dans les sels alcalins ; par l'ébullition, elle devient inactive et donne, par l'acide acétique et l'acide carbonique, un précipité soluble dans les acides et dans les alcalis étendus, mais insoluble dans les sels alcalins.

L'auteur a constaté également que la substance fibrino-plastique est soluble dans l'acide carbonique, plus même que dans l'oxygène. Aussi, dans la préparation de cette substance par un courant d'acide carbonique, la quantité de matière précipitée d'abord vient à diminuer si le courant de gaz est prolongé trop longtemps. Les solutions carboniques sont précipitées par l'oxygène, et un excès de ce gaz redissout ensuite le précipité.

D'après Schmidt, la substance fibrino-plastique récemment précipitée est d'un blanc de neige ; recueillie sur un filtre, au bout de deux jours environ, elle subit un changement, prend l'aspect d'une masse visqueuse, transparente, blanc jaunâtre, soluble dans l'eau distillée sans l'addition d'aucun dissolvant ; elle n'a pas perdu son pouvoir fibrino-plastique, peut se dissoudre dans l'oxygène et l'acide carbonique, et présente tous les caractères déjà décrits.

Fibrinogène. Le fibrinogène est moins soluble dans les alcalis et les sels alcalins que la substance fibrino-plastique. Comme cette dernière substance, il ne se précipite pas directement d'un liquide séreux sans une addition d'eau préalable, et doit avoir aussi un autre dissolvant que les sels alcalins.

La plasmine de Denis, obtenue en ajoutant du sel au plasma du sang, est, d'après Schmidt, un mélange de deux substances, les deux générateurs de la fibrine. En prenant une solution de sérum et une solution du liquide d'une cavité séreuse, en les précipitant par le sel marin, et en attendant quelques heures pour laisser le sel non dissous se déposer, les deux liquides abandonnent chacun un liquide incolore qui se remplit de gros flocons ; on filtre, et quand les précipités sont égouttés, on les dissout dans l'eau ; on obtient ainsi deux liquides qui ne possèdent pas chacun séparément le pouvoir de se coaguler, mais dont le mélange se transforme en une masse tremblotante, se coagulant quelque temps après.

Rapport entre l'oxygène et la coagulation. L'auteur a recherché si l'absence ou la présence de l'oxygène avait quelque action sur la coagulation. Il a fait ces expériences en se servant d'appareils qu'il

a déjà décrits. *(Reicher und Du Bois-Reymond's Arch., 1861, p. 581.)* Opérant avec de l'oxyde de carbone et de l'hydrogène, il a reconnu que ces deux gaz empêchent la coagulation. Selon lui, la présence de l'oxygène est un élément essentiel pour produire la coagulation ; toutefois, on ne sait pas encore actuellement si les gaz indifférents agissent en décomposant le ferment ou en portant leur action sur les générateurs de la fibrine.

Ferment de la fibrine. Les deux substances productrices de la fibrine ne réagissent pas l'une sur l'autre quand elles sont pures. Cette réaction n'a lieu qu'en présence d'une troisième matière que ses réactions doivent faire ranger parmi les ferments. Elle jouit, en effet, des propriétés suivantes :

1° En petite quantité, elle agit sur un liquide contenant les deux générateurs de la fibrine de telle sorte, qu'après la fin de la réaction une nouvelle addition n'augmente plus la formation de la fibrine, et que le poids de cette dernière substance reste constant. Il se forme toujours autant de fibrine que pourraient en fournir les deux générateurs ; mais la rapidité de la réaction dépend de la quantité du troisième corps ;

2° L'action de cette matière augmente avec la température jusqu'à la limite de la chaleur du corps ; elle est détruite par l'ébullition et nulle à 0° ;

3° Quand la formation de la fibrine est arrêtée, on peut la séparer par le filtre et verser le liquide qui s'écoule dans un autre vase contenant de nouveaux générateurs de la fibrine ; l'action recommence, mais moins rapidement que dans le premier cas.

Schmidt pense que ces réactions prouvent incontestablement l'existence d'un ferment.

Dans l'organisme, tous les liquides vivants, qui ne se coagulent pas, bien qu'ayant les éléments générateurs de la fibrine, manquent du ferment nécessaire. Celui-ci ne prend naissance que par des causes extérieures.

Pour préparer ce ferment en solution aqueuse, on coagule une partie de sérum de sang de bœuf, de cheval, de chien, avec 15 ou 20 parties d'alcool fort ; on filtre et, après un long temps qui peut aller jusqu'à 14 jours, on sèche le résidu humide sur l'acide sulfurique ; on le pulvérise ensuite aussi finement que possible, on agite avec de l'eau distillée et, après un temps suffisamment prolongé, on passe sur un filtre ; le liquide qui s'écoule contient le ferment. Pour purifier le liquide filtré de l'albumine soluble qu'il contient encore, on le mêle avec de l'alcool ; on attend quelques jours, on évapore à sec, on reprend par l'eau et on filtre.

On peut aussi porter le coagulum obtenu par l'alcool et encore humide dans de la glycérine, l'abandonner pendant plusieurs jours, faire passer le liquide à travers une toile, précipiter de nouveau par l'alcool, évaporer à sec et reprendre par l'eau ; on obtient

de cette manière la solution du ferment ; mais elle est moins active que par le premier procédé.

La solution du ferment a une réaction faiblement alcaline ou neutre. Un courant d'acide carbonique ou l'acide acétique très-étendu y fait naître un léger trouble produit par des traces d'albumine. Ce précipité est insoluble dans le sel marin, dans un excès d'acide carbonique, dans l'oxygène et dans l'acide acétique. La soude le dissout, mais beaucoup plus difficilement que la substance fibrino-plastique; avec le liquide de l'hydrocèle, cette solution ne produit point de coagulation.

Ce ferment ne trouble pas le liquide des cavités séreuses: péricarde, péritoine, plèvre, tunique vaginale; mais, dès qu'on ajoute à ce mélange de la substance fibrino-plastique en solution ou en bouillie humide, on remarque de suite une formation de fibrine.

Origine du ferment. L'absence du ferment explique, d'après Schmidt, la non-production de fibrine dans les tissus vivants, malgré la présence de leurs éléments générateurs; le contact avec la paroi des vaisseaux est la condition qui ne permet pas le développement du ferment.

Pour déterminer si le ferment préexiste dans le sang ou s'il se forme au moment de la sortie du corps, Schmidt introduit 20 grammes de sang de chien dans un vase contenant 350 ^{cc} d'alcool; il reçoit 20 ^{cc} du même sang dans un vase vide, le défibrine par l'agitation, filtre et coagule par l'alcool. Après 14 jours, il sèche les deux caillots et les reprend par 40^{cc} d'eau; il obtient des dissolutions incolores et ne contenant que des traces d'albumine; mais, tandis que le sang défibriné est riche en ferment, l'autre n'en contient pas du tout. Mêlé avec le liquide du péricarde d'un homme, le sang défibriné amène une coagulation en 20 minutes, le second ne produit rien, même au bout de 4 jours.

L'auteur rattache les différences de rapidité d'action du ferment à la température, à la manière d'obtenir le liquide sanguin, aux différences propres à chaque animal en particulier.

Il établit aussi que les globules du sang ne contiennent pas de ferment en eux-mêmes ni avant, ni après la coagulation. Quand ceux-ci possèdent une action, c'est qu'ils ont entraîné du ferment.

Action des globules sanguins. Les observations de Schmidt montrent qu'un des produits de décomposition de l'hémoglobine amène la coagulation des liquides propres à produire la fibrine. Ce fait, contesté par Kühne et Preyer, est exact, à condition toutefois de ne pas opérer comme ces derniers auteurs avec de l'hémoglobine cristallisée, mais avec de l'hémoglobine amorphe obtenue en traitant les globules par l'eau.

Pour Schmidt, la matière colorante n'est pas, néanmoins, la cause absolue de la coagulation, qui peut avoir lieu sans elle; mais, en présence des générateurs de la fibrine, elle hâte l'action

du ferment du sang. Dans cette réaction, elle agit par sa présence seule, par action de contact, sans diminuer de quantité, comme on s'en assure avec le spectroscope, et sans perdre aucune de ses propriétés caractéristiques, entre autres, celles de cristalliser, d'absorber les gaz, de décomposer l'eau oxygénée.

Schmidt a constaté que les substances qui, par leur contact, peuvent décomposer l'eau oxygénée, sont également propres à provoquer la coagulation de la fibrine; il les range, d'après l'intensité de leur action, dans l'ordre suivant : hémoglobine, charbon pulvérisé, platine, fibrine lavée, papier à filtre, asbeste. Il prépare l'eau oxygénée, qui lui sert dans ses expériences, en décomposant le bioxyde de baryum par l'acide tartrique, et il emploie, comme liquide à coaguler, le plasma de sang de cheval précipité par le sulfate de magnésie.

La fibrine entraîne toujours avec elle du ferment, qu'on enlève par une macération de 24 heures dans de l'eau contenant quelques gouttes d'acide acétique. La masse volumineuse qui se produit alors sur les générateurs de la fibrine, n'agit plus.

Le ferment lui-même a une action à peu près nulle sur l'eau oxygénée.

E. HARDY.

Sur l'acide phosphorique de l'urine dans les maladies du cerveau, par MENDEL. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, von C. Westphal, t. III, p.* 636, 1872.)

Dans un travail fondé sur un nombre considérable d'observations, Mendel étudia les changements que produisent les affections cérébrales relativement à l'excrétion de l'acide phosphorique.

L'auteur a d'abord déterminé la quantité d'acide phosphorique éliminée en 24 heures chez l'homme sain, et il a trouvé qu'elle variait de 0,942 à 3,52 grammes. La différence entre ces valeurs n'est pas aussi considérable que tendent à le faire supposer les chiffres absolus, lorsqu'on compare la quantité d'acide phosphorique excrétée en 20 heures à la somme des autres matériaux solides. Ce rapport est de 2,49 à 3,93, en moyenne 3,223 p. 0/0, du poids des éléments solides. Ce résultat concorde avec celui des observateurs antérieurs.

Mendel a cherché ensuite la quantité d'acide phosphorique éliminée dans les deux états d'activité et de repos cérébral, c'est-à-dire pendant la veille et pendant le sommeil. En comptant comme nuit le temps compris de 10 heures du soir à 7 heures du matin, et comme jour de 7 heures du matin à 10 heures du soir, il trouve que la quantité d'acide phosphorique éliminée dans les 9 heures de nuit est beaucoup plus petite que celle excrétée dans les 15 heures

de jour; mais quand on rapporte ces mêmes chiffres au nombre des heures, on trouve, au contraire, que la quantité d'acide phosphorique rendue pendant la nuit est beaucoup plus considérable que celle éliminée pendant le jour.

Les expériences furent faites et répétées plusieurs fois sur six personnes saines. Mendel constata des différences encore plus considérables en soumettant aux mêmes observations un malade atteint de manie reparaissant toutes les trois semaines ; une femme très-agitée durant le jour, très-calme la nuit, qu'elle passait presque toujours à dormir; un autre malade atteint du premier degré de la démence sans paralysie avec des nuits tranquilles, et un malade atteint de folie circulaire.

Cette différence entre le jour et la nuit existe également pour la quantité de soufre expulsé; elle est toujours d'autant plus considérable qu'il y a un état pathologique plus accusé durant le jour, et un sommeil physiologique ; elle diminue quand l'agitation est continuelle et pendant les nuits sans sommeil.

Dans une autre série d'expériences, en examinant un grand nombre de maladies chroniques cérébrales, Mendel arriva à ce résultat, qu'en règle générale, la quantité d'acide phosphorique éliminée est plus petite que celle excrétée par les individus sains et soumis au même genre de nourriture et de vie, soit qu'on la considère absolument en elle-même, soit qu'on la rapporte à la somme des éléments solides.

La manie furieuse conduisit aux mêmes conclusions. Cette diminution dans l'excrétion de l'acide phosphorique constatée par des expériences faites sur différents malades contredit absolument l'opinion émise par Landroso qui avait cru prouver que la manie furieuse s'accompagne d'une augmentation de la quantité des phosphates éliminés.

De nombreux cas d'apoplexie cérébrale avec paralysie et contrature, d'attaques d'épilepsie ou épileptiformes montrèrent la même constance de cette loi, diminution de la quantité absolue et relative d'acide phosphorique. L'auteur fut également conduit à étudier l'action de quelques médicaments capables, selon lui, de troubler les fonctions cérébrales. Il fit particulièrement des recherches sur le chloral, et reconnut qu'à petite dose ce médicament amène, surtout pendant la nuit, une augmentation souvent considérable dans la quantité d'acide phosphorique éliminée. Cependant d'autres expériences qui ne sont point rapportées, donnèrent des résultats moins caractérisés, et à haute dose l'effet était variable.

Le bromure de potassium se comporte de même. Bill (Jahresbericht, f. 1868, 1, p. 305) était déjà arrivé d'ailleurs aux mêmes conclusions. Mendel fit aussi quelques expériences sur des chiens et des lapins. Il enferma ces animaux dans une cage de manière à leur permettre le moins de mouvement possible, recueillit l'urine

et dosa l'acide phosphorique, puis il détermina une affection cérébrale en leur enfonçant des aiguilles dans le crâne, et dosa de nouveau l'acide phosphorique. Ces expériences, restées d'ailleurs incomplètes, ont indiqué qu'il se produisait des changements dans la quantité d'acide phosphorique éliminé.

Ce long travail est accompagné de neuf tableaux réprésentant près de mille observations dans lesquelles l'auteur donne à la fois la quantité de liquide introduit par les boissons, d'acide phosphorique et sulfurique renfermés dans les aliments, la quantité d'urine excrétée dans les 24 heures, son coutenu en urée, en acide sulfurique et phosphorique, et quelquefois la quantité de ces deux acides qui se trouvent dans les matières fécales. E. HARDY.

Kleinere Mittheilungen physiologisch-chemischen Inhalts (Courtes communications de chimie physiologique), par SALKOWSKI. (*Pflüger's Archiv, t. VII, p.* 207, 1872.)

I. Die Reaction des Cholesterin mit Schwefelsäure (Sur la réaction de la cholestérine avec l'acide sulfurique).

Pour reconnaître la cholestérine, on traite habituellement cette substance par l'acide sulfurique, et on ajoute du chloroforme, lequel prend immédiatement une teinte caractéristique. A ce procédé l'auteur substitue le mode opératoire suivant : Il dissout 1 centigramme de cholestérine dans du chloroforme, y ajoute un volume égal d'acide sulfurique concentré ; immédiatement, par l'agitation, le chloroforme prend les teintes bleu, rouge, rouge-cerise, pourpre, et cette coloration persiste très-longtemps sans décomposition. En même temps l'acide sulfurique sous-jacent au chloroforme acquiert une fluorescence verte très-prononcée.

Quelques gouttes de la solution chloroformique rouge, versée dans une capsule, se colorent rapidement en bleu, vert, jaune. Si le vase est absolument sec, la couleur persiste sans changement; s'il y a une trace d'humidité, la modification de couleur se produit. Additionnée d'eau la dissolution devient d'abord plus pâle, puis bleue, et enfin presque incolore, en montrant encore une belle fluorescence verte. En ajoutant de l'acide acétique, le changement de couleur s'arrête au bleu.

L'analyse spectrale ne fournit pour l'étude de ces substances que des résultats incertains.

L'acide sulfurique étendu d'eau forme avec la baryte un sel cristallisable et contenant du soufre, mais qui n'a pas été analysé.

II. Ueber die Bestimmung des Kali im Harn mit ewinsäure (Sur la détermination de la potasse dans l'urine au moyen de l'acide tartrique).

On peut remplacer la chlorure de platine par l'acide tartrique pour doser la potasse dans l'urine. On opère de la manière suivante : 200 centil. d'urine sont réduits à 15 gr. au bain-marie, abandonnés à eux-mêmes, afin de laisser les urates se déposer, puis étendus d'eau, toutefois sans que le liquide forme plus de 40 centil. filtrés. On ajoute alors 5 centil. d'une solution saturée d'acide tartrique, on abandonne 24 heures dans un lieu froid, on décante le liquide surnageant les cristaux; on agite ces derniers avec de l'alcool, on sèche et on pèse : on obtient ainsi des cristaux de bitartrate de potasse contenant 25,04 de potasse.

En comparant les résultats fournis par l'usage de l'acide tartrique et ceux trouvés par l'emploi du chlorure de platine, on reconnaît que les nombres sont presque identiques, quoique en général toujours un peu plus faibles par le premier procédé. En résumé cette méthode est d'une exactitude suffisante.

III. Vergleichende Untersuchung des Herzmuskels eines acut ohne Fieber und eines in hohem Fieber Gestorbenen (Examen comparatif du cœur dans un cas de mort sans fièvre, et dans un autre cas de mort avec une fièvre intense).

L'auteur avait surtout pour but la détermination des alcalis. Un des sujets de l'observation était une femme prise subitement d'hémorrhagie cérébrale, sans maladie antérieure ni affection du cœur; le second, un homme mort de pneumonie avec une fièvre intense. Le cœur bien nettoyé, réduit en petits fragments le plus rapidement possible avec des ciseaux, fut, pour une première partie, desséché et pesé à 110°; une deuxième partie fut pesée, bouillie avec de l'eau jusqu'à ce que cette dernière n'enlève plus rien, comprimée, filtrée sur un filtre humide afin de retirer une petite quantité de matière grasse, évaporée, séchée dans une capsule de platine et pesée. Elle fut ensuite brûlée dans la même capsule, et les cendres pesées furent dissoutes dans l'acide chlorhydrique étendu et précipité par un excès d'eau de baryte, et on détermina la somme des alcalis et la potasse. On trouva :

	cœur 1	cœur 2
Résidu solide	20,24	24,4
Matières extractives	3,49	2,71
Matières minérales solubles dans l'eau	0,91	0,89
Potasse	0,308	0,325
Soude	0,140	0,118

Ces chiffres sont sensiblement les mêmes, sauf celui des matières extractives dont la quantité paraît diminuée pendant la fièvre.

IV. Ueber die Bestimmung des Harnstoffs und des Chloralkalien in Jodkalium haltigem Harn (Sur la détermination de l'urée et des chlorures alcalins dans l'urine contenant de l'iodure de potassium).

L'auteur a reconnu que la présence de l'iodure de potassium dans l'urine rendait inexacts les dosages de l'urée et du chlorure de sodium par l'emploi des méthodes volumétriques. (Procédé de Liebig pour l'urée, chromate d'argent pour le chlorure de sodium.)

V. Ueber die Verbindung des Traubenzuckers mit Kupfer und die Trommer'sche Probe (Sur une combinaison de sucre de diabète et de cuivre dans la réaction de Trommer).

La réaction de Trommer présente une cause d'erreur lorsque le sulfate de cuivre forme avec l'urine diabétique un précipité qui ne se dissout pas complétement. On obtient, après avoir filtré, un liquide incolore, peu alcalin et privé de sucre, ou n'en contenant qu'une trace, tandis que la plus grande partie de ce dernier reste fixée au précipité. Cette combinaison a lieu surtout quand on traite 10 centil. d'une solution de glucose à 2 °/₀ par 2 ou 3 centil. d'une lessive de soude très-étendue. de 1,32 de poids spécifique, que l'on étend d'eau et auquel on ajoute du sulfate de cuivre en quantité suffisante pour que la solution soit faiblement alcaline. Mais, dans ce cas même, on peut éviter l'erreur par l'addition de quelques gouttes d'une solution saturée de soude ; ou mieux encore il suffira de prendre une quantité de sulfate de cuivre telle, que la lessive de soude soit encore loin de son point de neutralisation et très-alcaline.

E. HARDY.

Ueber die Kalkausscheidung im Harn (Sur l'excrétion de la chaux par l'urine), par S. SOBOROW. (*Centralbl. für die medicin. Wissenschaften. comm. préalable n° 39, p. 609, 1872.*)

Neubauer *(Journ für pract. Chemie, 1066, p. 96)* constata que la présence d'un excès de sel de chaux dans les aliments accroît légèrement la quantité de chaux expulsée par l'urine. Riesell *(Medic. chem. Untersuchungen. Hoppe Seyler, III Heft, 1869, 302.)* trouva que l'ingestion de 10 grammes de craie, à chaque repas, augmente, dans l'urine, la quantité d'acide phosphorique unie à la chaux et à la magnésie, aussi bien que celle qui est combinée aux alcalis. On peut conclure de ces travaux qu'il y a augmentation dans la quantité de chaux éliminée.

L'auteur reprit ces expériences, et y soumit deux hommes bien portants, recevant une bonne alimentation. Il dosa pendant deux

jours la quantité de chaux éliminée d'une manière normale; ensuite il leur fit prendre 10 grammes de craie pendant deux jours, et analysa leur urine pendant ces deux jours et les deux suivants. Il constata ainsi un accroissement de chaux dans l'urine, et vit celle-ci reprendre presque immédiatement sa composition primitive.

Une troisième expérience eut lieu sur un chien, qui, à l'état normal excrétait en moyenne, pendant 24 heures, 0,031 gr. de chaux; après l'usage de la craie, pendant trois jours d'expérience on trouva 0,0983 gr. de chaux en 32 heures.

Ces résultats prouvent qu'il existe une corrélation évidente entre la quantité de chaux introduite par l'alimentation dans l'économie, et celle qui se trouve dans l'urine. Ils montrent de plus la promptitude avec laquelle l'urine revient à l'état normal, dès qu'on cesse l'ingestion de la chaux.

Dans d'autres expériences, l'auteur constata que les malades de la clinique chirurgicale de Halle excrètent de 0,21 à 0,31 gr. de chaux par jour. Cette quantité change dans certains cas pathologiques. Chez un homme atteint de pseudarthrose de la partie inférieure de la cuisse avec ramollissement des os, il reconnut un accroissement dans la quantité de chaux éliminée, s'élevant le premier jour d'observation à 0,4057 gr., le deuxième à 0,4521 gr. L'urine d'une femme de 50 ans atteinte d'une tumeur blanche, donna une première fois 0,3546 gr. de chaux; une deuxième, 0,383 gr. On peut donc penser que l'augmentation de la chaux, dans l'urine d'un sujet dont l'alimentation reste la même, indique une sorte de décalcification des tissus.

Enfin, l'auteur observa qu'un enfant atteint de spondylarthrocace lombaire, avec abcès dans la fosse iliaque, offrait pour la moyenne de quatre jours une excrétion de 0,22 gr. de chaux, laquelle s'abaissa 24 heures après l'ouverture de l'abcès à 0,112 gr. et les jours suivants à 0,117 gr. De ce fait l'auteur tire cette déduction que la diminution rapide de la quantité de chaux contenue dans l'urine indique une modification de l'économie.

Les expériences de l'auteur nous paraissent encore trop peu nombreuses pour être concluantes.

E. HARDY.

Untersuchungen über die Kynurensaure und deren Zersetzungsproduct (Recherches sur l'acide kynurique et sur la kynurine, un de ses produits de décomposition), par le Dr O. SCHMIEDEBERG et le Dr O. SCHULTZEN, professeurs à Dorpat. (*Annalen der Chemie und Pharmacie, tome* 164, *page* 155, 1872.)

L'acide kynurique est encore mal connu, Liebig (*Annalen der Chemie und Pharmacie, t. 86, p. 125—108, p. 354)* lui attribua la

formule $C^{16} Az H^{7} O^{5}$. Schneider *(Gorup Bezane's Handbnch der phys. Chemie 2 éd.p. 255 Sitzungsberichte der Wiener Academie der Wissench. 59,24)* obtint par l'analyse du sel de baryte la formule $C^{20} H^{9} Az O^{6}$. Les auteurs en reprennent l'étude et le préparent de la manière suivante : on évapore au $^{1}/_{3}$ de son volume, de l'urine de chien, soit directement, soit après l'avoir précipitée par l'acétate de plomb ; dans ce cas on filtre, on enlève l'excès de plomb par l'hydrogène sulfuré, puis on filtre de nouveau ; on ajoute de l'acide chlorhydrique ou de l'acide azotique, et on abandonne le mélange à une basse température ; l'acide kynurique se dépose mêlé d'un peu d'acide urique dont on le sépare facilement avec de l'ammoniaque étendue, dans laquelle il est très-soluble. On peut aussi ajouter de l'acide chlorhydrique à l'urine fraîche ; l'acide kynurique, vu son peu de solubilité, se dépose presque sans perte. Sa purification complète est difficile, parce qu'il retient la matière colorante de l'urine avec une grande énergie. On y parvient en le dissolvant dans l'ammoniaque, puis décolorant par le charbon animal et précipitant la solution chaude et étendue avec l'acide acétique.

L'acide kynurique pur forme des aiguilles brillantes, d'un blanc d'argent, contenant deux molécules d'eau de cristallisation, qu'il perd à 150°. Il est insoluble dans l'eau froide ou chaude, l'acide chlorhydrique, l'acide azotique, peu soluble dans l'alcool et l'éther même bouillants ; il a pour formule $C^{20} H^{14} Az^{2} O^{6} 2 H^{2} O$.

Il forme avec la baryte un sel peu soluble dans l'eau froide, et qui se précipite d'une solution aqueuse bouillante en aiguilles incolores $C^{20} H^{12} Az O^{6} Ba + {}^{3}H^{2}O$; soumis à la distillation sèche à 265°, l'acide kynurique perd de l'acide carbonique et se transforme en kynurine $C^{18} H^{14} Az^{2} O^{2}$.

E. HARDY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Sur les isomères de la trichlorhydrine ; reproduction de la glycérine, par MM. FRIEDEL et SYLVA. *(Comptes rendus de l'acad. des sciences, t. 84, p. 805. Bulletin de la societé chimique de Paris, tome 18, p. 7.)*

La synthèse de la glycérine, c'est-à-dire sa préparation artificielle à l'aide d'éléments minéraux, n'avait pu être obtenue jusqu'à ce jour. On ne savait reproduire la glycérine qu'à l'aide de substances dérivées de la glycérine elle-même. MM. Friedel et Sylva ont reconnu que le trichlorure de propyléne, provenant des transformations de la glycérine sous l'influence d'agents appropriés, était identique avec le trichlorure de propyléne provenant de l'acétone, et ils ont conclu que ces deux propylénes

trichlorés n'étaient qu'un seul et même corps. En chauffant ce trichlorure de propyléne avec de l'eau, ils ont reproduit la glycérine, et fait, par conséquent, la synthése de cette substance, puisque l'acétone, point de départ de ces réactions peut elle-même être formée de toutes pièces à l'aide d'éléments purement minéraux. Cependant il faut observer que l'expérience réelle a été exécutée avec le propyléne trichloré provenant de la glycérine, dès lors pour la légitimité de la conclusion de MM. Friedel et Sylva, il faudrait bien démontrer que le propyléne trichloré dérivé de l'acétone est parfaitement identique avec celui retiré de la glycérine.

E. HARDY.

Zur spectroskopischen Blut-Untersuchung, par le Dr F. FALK. (*Deutsche Klinik, n° 40, 5 oct. 1872.*)

Setschenow ayant reconnu, par l'analyse chimique, qu'après la mort par asphyxie, le sang est privé de son oxygène, Gwosdew a cherché par la spectroscopie la raie d'absorption de l'hématoïdine privée d'oxygène, et considère ce procédé comme un moyen de diagnostic de l'asphyxie. Falk démontre que l'absence d'oxygène dans le sang peut encore être constatée dans d'autres cas. — Il a fait périr des animaux par le cyanure de potassium, la nitrobenzine, le chloroforme, le froid, et il a toujours constaté le même fait.

Le moment précis où le sang se dépouille de son oxygène serait d'après l'auteur celui où le cœur a cessé de battre et où les muscles sont dans le relâchement. A ce moment les excitations électriques provoquent encore des mouvements et la rigidité cadavérique ne se montre pas encore. — On pourrait se servir de cette indication pour le diagnostic de la mort.

L'asphyxie est reconnue par ce fait que le sang est déjà privé d'oxygène avant que le cœur ait cessé de battre; c'est ce que l'auteur a constaté sur des animaux auxquels il avait fait respirer de l'hydrogène. L'inhalation de l'acide sulfhydrique et l'empoisonnement par la strychnine ne lui paraissent pas amener la mort par asphyxie, puisque le sang des animaux sacrifiés par ces moyens contenait encore de l'oxygène après la cessation des mouvements respiratoires.

T. K.

Das Gmelin'sche Oxydations-Product der Gallenfarbstoffe (Sur les produits d'oxydation de la matière colorante de la bile dans la réaction de Gmelin), par STOKVIS. (*Centralblatt f. die med. Wiss., N. 50, 23 novembre 1872, p. 785.*)

Les différents agents d'oxydation transforment les matières colorantes reconnues par Stœdeler, dans les pigments biliaires (bilirubine, bilifulvine, biliprasine, bilihumine, biliverdine), en un produit d'oxydation qui, dissous dans l'alcool, présente les caractères suivants :

Les solutions neutres ou faiblement acides, sont bleu-vert ou bleu d'acier, avec une fluorescence rouge; elles présentent 3 bandes d'absorption, A intense et sombre dans le rouge entre C et D, B moins forte en D, B', plus indécise dans le vert entre D et E.

Ses solutions alcalines sont vertes, peu fluorescentes et présentent les mêmes bandes d'absorption.

Les solutions dans les acides peu concentrés sont rouges et offrent 2 bandes d'absorption.

Les solutions dans les acides concentrés, sont bleu violet, et caractérisés par les bandes A et B comme l'avait déjà vu Jaffé.

Ce produit d'oxydation est insoluble dans l'eau, difficilement soluble dans l'alcool, l'alcool amylique, le chloroforme, l'éther; facilement soluble dans les alcalis et les acides concentrés.

Les solutions alcalines sont aisément solubles dans l'eau et dans l'alcool, et sont insolubles dans le chloroforme et l'alcool amylique; celles acides se dissolvent dans l'alcool, l'alcool amylique, l'éther et le chloroforme.

Les solutions alcalines et acides présentent les mêmes transformations que la cholitéline de Maly, et le produit de réduction qu'il a décrit depuis. (Cbl. 1872, 696.)

La solution de Gmelin réussit surtout avec les solutions acides.

Cette substance a déjà été nommée, par Stokvis, choléverdine; par Heynsius et Campbell, bilicyanine; Stokvis propose aujourd'hui le nom de cholécyanine. E. HARDY.

Ueber eine Fermentwirkung des Blutes (Sur une action du sang comme ferment), par TIEGEL. (*Pflüger's Arch.*, *t. VI*, *p.* 249, 1872.)

L'auteur a essayé infructueusement diverses méthodes pour extraire du foie un ferment actif capable de transformer le glycogène en glucose. Il est arrivé à cette conclusion que le glycogène et l'empois se transforment en partie ou en totalité en sucre quand ils se trouvent en contact avec des globules de sang en décomposition, la température étant maintenue entre 30° et 40°; et en second lieu, que ce pouvoir de fermenter existe, quel que soit le moyen employé pour amener la décomposition des globules, la température restant suffisamment élevée.

Tiegel tire cette déduction de diverses expériences. Dans l'une d'elles, il fit dissoudre dans 1,200 gr. d'une solution de sel marin à 1/2 0/0, 3 gr. de glycogène, le plaça dans une couveuse maintenue à 39°, et y ajouta 150 gr. de sang défibriné, puis il y versa 30 centil. d'une solution saturée de glycocholate de soude. Après 1/2 heure il put reconnaître dans la solution la présence du sucre. De la discussion des diverses circonstances de l'expérience, il conclut que la présence du sang est seule nécessaire pour *que cette transformation s'accomplisse*. Dans d'autres essais, il reconnut que les globules n'agissent que lorsqu'ils se décomposent. E. HARDY.

Eine neue Methode zur Bestimmung des kalkes und der phosphorsaure im Blutserum (Sur une nouvelle méthode pour déterminer la chaux et l'acide phosphorique dans le sérum du sang), par Richard PRIBRAM. (*Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig, mitgetheilt durch C. Ludwig*, 7e *année* 1871. *Leipzig* 1872.)

L'auteur a dosé la chaux et l'acide phosphorique du sang en opérant de la manière suivante : on reçoit le sang dans un vase cylindrique; dès que

la coagulation est terminée on fixe le caillot sur le bord du vase, on ferme avec un bouchon de caoutchouc, et on attache le vase au volant d'une machine à vapeur de manière à le soumettre à l'action de la force centrifuge, suivant le procédé recommandé par Babo. On recueille après deux ou trois heures le sérum complétement exempt de globules sanguins, ce que confirme l'examen spectral. L'ammoniaque ne donne aucun précipité de phosphate de chaux, on verse de l'oxalate d'ammoniaque et on obtient de l'oxalate de chaux que l'on sépare lui-même du sérum ambiant par l'action de la force centrifuge. On recueille l'oxalate sur un filtre, et dans le liquide qui passe on précipite l'acide phosphorique à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien.

Richard Pribram fit comparativement à cette recherche le dosage de l'acide phosphorique et de la chaux contenue dans les cendres et arriva aux résultats suivants:

	Dans les cendres	Précipité directement
Chaux	0,017	0,0117
Acide phosphorique.	0,0406	0,0466

De ces chiffres il résulte que la chaux est complétement précipitée du sang par l'oxalate d'ammoniaque, tandis qu'il reste du phosphore à un autre état que celui de phosphate de chaux. L'auteur, par le calcul des chiffres trouvés, conclut que le phosphate de chaux du sang est un sel tribasique.

Il termine en montrant qu'on ne saurait admettre avec Sertoli que tous les phosphates peuvent être enlevés par l'alcool. Il a trouvé, en effet, les chiffres suivants:

Phosphate des cendres.....	0,056
— par précipitation directe.....	0,0108
— par extraction par l'alcool.....	0,0325
— après la combustion de la substance extraite...	0,0060
— acide phosphorique.	0,0493

E. HARDY.

Ueber Bestimmung der Harsaure (Sur le dosage de l'acide urique), par H. SCHWANERT. (*Annalen der Chemie und Pharmacie, Band* 163, *S.* 153, 1872.

Pour doser l'acide urique, on ajoute habituellement de l'acide chlorhydrique, et on recueille le précipité. Salkowski (*Nirchov's Archiv*, 52, 10; *Zeitschr. f. anal. Chem.* 10, 248) a montré que cette méthode donne des résultats inexacts, et il propose de précipiter d'abord l'urine par l'acide chlorhydrique, de séparer ce précipité après 24 heures, puis d'ajouter au liquide filtré de l'ammoniaque et de l'azotate d'argent. Il obtient un précipité blanc, le lave par décantation avec de l'eau distillée, puis le décompose par l'acide sulfhydrique, porte à l'ébullition, évapore à un petit volume, ajoute de l'acide chlorhydrique, et enfin, après 24 heures de repos, recueille l'acide urique qui s'est séparé. En ajoutant ce nouveau poids au premier, il obtient le poids total de l'acide urique.

Schwanert trouve dans cette méthode plusieurs causes d'erreur, qui tiennent à la réduction de l'oxyde d'argent en présence de l'acide urique, à la

difficulté de réduire complétement le sel d'argent par l'acide sulfhydrique, et surtout à la solubilité de l'acide urique dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique faible. Cette solubilité est, d'après Voit et Libelin, de 0g,0045 pour 100 grammes d'urine ou d'eau de lavage, de 0g,0048 d'après Schwanert. Suivant ce dernier, la meilleure méthode de dosage consiste à précipiter directement l'acide urique par l'acide chlorhydrique, et, pour compenser la perte, à ajouter au poids trouvé un poids d'acide urique calculé d'après le facteur donné plus haut pour 100 grammes d'urine. E. HARDY.

Guide pratique à l'usage des médecins pour l'analyse des urines et des calculs urinaires, par le Dr Henry MARAIS. — *Thèse, 165 pages in-8°; Paris, 1872.)*

L'auteur s'est proposé de donner le moyen d'arriver à l'analyse qualitative de l'urine et des calculs urinaires, en ayant seulement entre les mains un microscope et un nombre de réactifs extrêmement restreint. Pour faciliter les recherches, il réunit sous forme de tableaux les caractères généraux qui doivent servir de guide dans l'analyse, et dont il faut noter la présence ou l'absence. A chacun de ces tableaux, il ajoute les détails et les explications nécessaires sur les procédés à suivre et sur la signification de tel ou tel caractère; il arrive ainsi de la manière la plus simple, en suivant un ordre presque dichotomique, à reconnaître les divers éléments de l'urine normale ou pathologique, et ceux des sédiments et des calculs. L'auteur termine par l'indication des méthodes à suivre pour faire l'analyse quantitative des principales substances qui entrent dans la composition de l'urine. Il a puisé ses renseignements aux meilleures sources, et, pour des mains peu exercées, son ouvrage simplifie beaucoup les essais à tenter expérimentalement. E. HARDY.

Beitrage zur quantitativen Eiweissbestimmung (Recherches sur l'analyse quantitative de l'albumine), par LIBORIUS. *(Deutsches Archiv für klinische Medicin, 10e vol., septembre 1872.)*

L'auteur s'est proposé pour but de comparer entre elles les différentes méthodes à l'aide desquelles on peut pratiquer le dosage de l'albumine et d'en établir, par des recherches multipliées, la valeur relative.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les méthodes de Scherer et de Berzelius donnent des chiffres trop faibles; ce qui les rend surtout défectueuses, c'est que certaines variétés d'albumine peuvent échapper à l'analyse ;

2° La présence de sels et de certains acides (même en proportions notables), loin de s'opposer à la précipitation de l'albumine par la chaleur, constitue, au contraire, une condition nécessaire pour qu'elle se fasse complétement ;

3° La méthode qui consiste à précipiter l'albumine par l'alcool est celle qui donne les résultats les plus précis ;

4° La méthode différentielle de Haebler (1) donne des résultats trop erronnés pour que l'on puisse utilement l'employer;

(1) Haebler (*Eine neue Methode der quantitativen Eiweissbestimmung im Urin*,

5° L'analyse à l'aide du polarimètre (méthode d'Hoppe-Seyler) est également défectueuse; il existe très-probablement dans l'urine diverses variétés d'albumine, et il est fort possible que leur action sur le plan de polarisation ne soit pas identique ;

6° La méthode de Méhu doit être rejetée; elle est peu pratique et expose à de graves erreurs ;

7° L'albumine du sérum, la caséine du lait et l'albumine d'œuf semblent former avec le tannin une combinaison déterminée ; l'on peut, avec une solution titrée de tannin, pratiquer exactement l'analyse quantitative de ces diverses variétés d'albumine ; on ignore encore pourquoi cette méthode n'est pas applicable à l'analyse de l'urine albumineuse.

H. HALLOPEAU.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

A manual of chemical physiology including its points of contact with pathology (Manuel de chimie physiologique y compris ses rapports avec la pathologie,) par S.-L.-W. THUDICHUM, 1 vol. in-8°, 195 pages, London, 1872.

Die Vorstufen des Harnstoffs im thierischen Organismus. (Des métamorphoses de l'urée dans l'organisme des animaux), par O. SCHULTZEN et M. NENCKI. (*Zeitschr. f. Biolog.*, VII, 124-146, 1872.)

Ueber das Vorkommen von Hypoxanthin in normalen Knochenmark. (De la présence de l'hypoxantine à l'état normal dans la moelle des os), par P. HEYMANN. (*Pflüger's Arch.*, VI, 184-189, 1872.)

Zur Bestimmung der Harnsæure (Sur l'acide urique), par Rich. MALY. (*Pflüger's Arch.* IV, 4 et 5, p. 201, 1872).

Sur l'analyse spectrale, par Charles K. MILLS. Philad. (*Med. and surg. Reporter*, XXVII, 2, 3, p. 23, 47, juyl. 1872.)

Ueber die Anwendbarkeit der Methode zur Harnstoffbestimmung von *Bunsen* fur das Blut. (Sur l'application de la méthode de *Bunsen* pour estimer la quantité d'urée contenue dans le sang), par TRESKIN. (*Virchow's Arch.* LV, 2 et 3, p. 488, 1872.)

Chemische Beitræge zur Fieberlehre (Recherches chimiques sur la fièvre), W. MANASSEIN. (*Virchow's Arch.*, LV., p. 413.)

Berlin. 1868., prend le poids spécifique de l'urine albumineuse ; puis il précipite l'albumine par la chaleur, filtre et détermine le poids spécifique du liquide privé d'albumine; la différence des densités serait en rapport constant avec la quantité d'albumine contenue dans l'urine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ANALYSES.

Atlas d'anatomie pathologique par le Dr LANCEREAUX et LACKERBAUER artiste-dessinateur. — G. Masson, 1870-1872.

M. Lancereaux a recueilli depuis plusieurs années un grand nombre d'observations dans les hôpitaux de Paris, il a examiné avec soin les principales pièces pathologiques qui s'y rapportent et en a confié la représentation, à l'aide de la chromo-lithographie, à un artiste habile ; de plus, il a complété la description anatomique des autopsies par une étude histologique des principales lésions, et c'est avec l'ensemble de ces matériaux originaux, qu'il a composé cet ouvrage important.

L'auteur n'a pas voulu faire un traité complet d'anatomie pathologique. Il a cherché, par des exemples nombreux, à montrer le rôle des études anatomo-pathologiques en clinique, et à faire surtout une œuvre médicale et pratique.

Il pense, avec raison, que la lésion anatomique est la conséquence ou le fruit de la maladie, son expression phénoménale, « sa signature, » pour ainsi dire ; mais non la maladie elle-même, et l'idée qui domine dans son ouvrage est celle de mettre en évidence « le principe de la spécificité des lésions matérielles des organes. »

Nous ne discuterons pas ici sur la manière dont l'auteur comprend ce principe, mais nous croyons que des deux voies qu'il signale lui-même comme pouvant servir à le démontrer, c'est la moins probante qu'il a cru devoir adopter.

En effet, M. Lancereaux a divisé ses études anatomo-pathologiques appareil par appareil, soit suivant l'ordre anatomique, et, dans chacune de ces divisions, il passe en revue les lésions de chaque partie ou de chaque organe en particulier.

Ainsi, dans le chapitre intitulé : *appareil circulatoire*, il s'occupe d'abord des lésions du sang : leucémie, mélanémie, infection du sang par les bactéridies, puis il décrit les lésions des veines : phlébites suppuratives, phlébites proliférantes, varices veineuses, carcinomes et épithéliomes des veines, thromboses et embolies veineuses, les diverses espèces de thromboses et d'embolies, etc. Et, bien que ce soit là une des parties importantes de l'ouvrage, dans laquelle on peut lire un grand nombre d'observations pleines d'inté-

rêt, on ne voit pas, d'une manière saisissante, comment la plupart de ces lésions communes à beaucoup de maladies peuvent servir de preuves en faveur de la « *spécificité des lésions matérielles des organes.* »

Il nous paraît évident que l'ordre nosologique seul aurait pu permettre d'établir les rapports qui existent entre les lésions et les causes morbides, et de rendre l'anatomie pathologique inséparable de la « clinique. »

Mais, pour suivre un tel plan, il aurait fallu faire précéder cette étude d'anatomie pathologique spéciale de celle des processus considérés en général et surtout, pouvoir mettre en regard de chaque espèce nosologique des caractères anatomiques correspondants, ce qui n'aurait pu se faire que dans un nombre encore fort restreint de cas.

L'ouvrage de M. Lancereaux, s'il ne remplit pas complétement le but que l'auteur s'est proposé, est néanmoins très-instructif, parce qu'il contient de nombreux faits particuliers qui peuvent servir de guides pour les élèves et de renseignements intéressants pour les cliniciens.

Ajoutons que les planches sont en général fort bien exécutées et que les dessins histologiques, quoique souvent un peu trop schématiques, coustituent, avec le texte, un ensemble suffisant à donner les principales notions d'histologie pathologique spéciale.

Nouvelles recherches sur l'inflammation.

Dans les travaux récents faits sur l'inflammation, on trouve encore un profond désaccord touchant le processus de la suppuration.

Depuis que les expériences de Cohnheim ont attiré l'attention sur la diapédèse des éléments du sang, phénomène qui avait été déjà observé par A. Waller, les anatomo-pathologistes se sont divisés en deux camps principaux.

Les uns regardent les globules de pus comme des globules blancs issus des vaisseaux sanguins; d'autres continuent à considérer les mêmes éléments comme le produit de l'irritation cellulaire.

Cette dernière théorie a surtout été défendue avec ardeur par Stricker et ses élèves.

Cependant, comme il arrive le plus communément dans ces sortes de débats scientifiques, quelques auteurs ont adopté une opinion mixte. Ainsi, MM. Cornil et Ranvier, dans le manuel d'histologie pathologique que nous citons plus loin, admettent l'intervention de l'issue des globules blancs hors des vaisseaux dans quelques cir-

constances particulières ; mais, pour eux, le pus est bien loin de se former toujours ainsi, et ils inclinent à adopter, d'après leurs propres recherches, les idées de Virchow, Stricker, etc., sur la prolification des éléments cellulaires, phénomène qui produit d'abord des cellules embryonnaires, puis de véritables globules de pus.

Ainsi, dans l'arthrite purulente, ces auteurs montrent comment les capsules de cartilage parviennent, en se multipliant, à former des globules de pus, et la même prolifération cellulaire est invoquée par eux dans l'inflammation suppurative des autres tissus, vasculaires ou non.

En présence de ces opinions contradictoires, nous pensons que les travaux suivants seront consultés avec fruit.

Recherches expérimentales sur l'inflammation de la cornée, par Axel KEY et C. WALLIS. Traduit du *Nordiskt Medicinkst Arkiv*, **dans :** *Archiv für path. Anatomie und Phys., t. LV, p.* 296, 1872.

Les auteurs établissent d'abord l'importance de ce genre de recherches sur la cornée. — Ce fut le point de départ de His, de Cohnheim, de Norris et de Stricker, et les résultats obtenus ont conduit ces histologistes à des conclusions différentes sur la pathogénie de l'inflammation.

Key et Wallis se sont servis tour à tour de grenouilles d'hiver, de printemps et d'été, sans trouver des différences fondamentales dans leurs résultats.

Après avoir essuyé la cornée avec un peu de papier à filtre, afin d'empêcher l'extension de la cautérisation, ils touchent légèrement le centre de la cornée avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent.

Il se forme ainsi immédiatement une eschare autour de laquelle se développe en quelques heures sur les grenouilles d'été, en deux jours sur les grenouilles d'hiver une *zone de vacuoles*. Cette zone tire son nom des vacuoles qui se développent dans le corpuscule cellulaire de la cornée.

C'est dans le noyau et à ses dépens que les premières vacuoles sont formées ; elles prennent les formes les plus variées, ordinairement arrondies ou semi-lunaires, refoulant et déformant le noyau. Leur nombre est variable ; le plus souvent on en compte seulement une ou deux dans chaque noyau. On les rencontre tout autour de l'eschare disposées en une zone circulaire qui rayonne plus ou moins loin. Les couches antérieures de la cornée, surtout, sont criblées de vacuoles ; et, à ce niveau, il y a au moins huit ou dix cou-

ches de cellules à vacuoles. Cohnheim avait vu cette zone; mais Key et Wallis l'on trouvée plus étendue et l'ont décrite plus complétement.

Pendant que le noyau des cellules de la cornée subit ces altérations, le protoplasma de ces mêmes cellules souffre pour sa part. Il pâlit et diminue si bien que les prolongements qui réunissent les protoplasmas cellulaires entre eux, et en font un véritable réseau, disparaissent totalement. Souvent, au contraire, le protoplasma se creuse aussi de vacuoles, de sorte qu'il apparaît alors troué comme une éponge, mais jamais on n'observe ni dans ce protoplasma, ni dans ces noyaux la moindre multiplication, la moindre néoformation cellulaire, et cependant c'est dans ce point que, quelques jours plus tard, se trouveront tant de nouvelles cellules.

Le processus qui règne au sein des corpuscules cornéens, noyau et protoplasma, est donc un processus purement dégénératif qui peut arriver à la destruction complète de ces corpuscules, avant qu'aucune nouvelle cellule n'ait envahi cette zone des vacuoles. Ce fait, d'une production cellulaire lente et progressant de la périphérie de la cornée vers le centre de l'eschare, est facile à apprécier, surtout sur les grenouilles d'hiver où ces processus marchent plus lentement; or, les corpuscules cornéens étant détruits déjà, ils ne peuvent évidemment servir en rien à la néoformation cellulaire. Norris et Stricker, partisans de la théorie de la prolifération, considèrent les échancrures que présentent plusieurs des noyaux des corpuscules cornéens, comme le point de départ de leur division future. Key et Wallis ne sont pas de cet avis. Les dispositions des noyaux sont pour eux absolument normales, et jamais, malgré des observations bien nombreuses, ils n'ont vu de véritable division du noyau. Norris et Stricker affirment encore avoir vu, cinq heures après l'irritation de la cornée, des mouvements dans les corpuscules cornéens. Key et Wallis nient les mouvements et ils ajoutent qu'à supposer qu'ils existent, cela ne prouverait rien pour leurs modifications ultérieures. Enfin, ces observateurs ajoutent à propos de *la zone des vacuoles,* qu'elle est le résultat de la cautérisation qui détruit les cellules dans une certaine étendue, en dehors de l'eschare. On peut obtenir une irritation de la cornée par d'autres procédés, par exemple, en passant un fil dans le bulbe oculaire, vers la périphérie de la cornée. On peut alors observer tous les processus d'accumulation cellulaire sans rencontrer *la zone des vacuoles.* Au fond, ces phénomènes sont identiques avec ou sans zone des vacuoles.

Après irritation de la cornée d'une grenouille d'hiver, vers le deuxième ou troisième jour, à la périphérie de la cornée, en dehors de la zone des vacuoles, un certain nombre de cellules se meuvent entre les lames de la cornée, et marchent vers le centre ; en hiver, il faut, en général, une semaine à ces cellules pour atteindre

le centre cornéen. On les voit alors s'accumuler en grand nombre autour de l'eschare produite par la cautérisation. Après avoir traversé la zone des corpuscules cornéens inaltérés, ces cellules voyageuses atteignent donc la zone des vacuoles, là où les corpuscules cornéens gisent détruits, et on ne peut accepter l'opinion de Norris et Stricker qui les font naître sur place de ces corpuscules, car il est facile de les suivre dans leur migration vers le centre de la cornée ; surtout quand on observe des grenouilles d'hiver où ce processus se fait avec lenteur. C'est surtout dans les lames antérieures de la cornée qu'on trouve en abondance ces cellules de migration ; elles peuvent avoir gagné une grande étendue de la cornée dans les lames antérieures, avant d'apparaître dans les couches postérieures de la membrane.

Ces cellules de migration sont absolument semblables aux cellules blanches du sang, et, en réalité, elles ne sont rien autre chose que ces mêmes cellules sorties des vaisseaux sanguins. Mais on trouve avec elles d'autres cellules de migration, beaucoup plus volumineuses, véritablement gigantesques, qui sont pour Norris et Stricker de véritables plaques cellulaires, résultat d'une accumulation protoplasmique avec scission nucléaire, tandis que pour Key et Wallis, ces cellules gigantesques sont produites par l'accroissement bord à bord et la soudure des cellules blanches du sang d'abord isolées. Ces plaques cellulaires voyagent comme les simples cellules entre les lames de la cornée et de la périphérie vers le centre. De temps en temps, leur masse se déforme, s'effile, pour s'accommoder aux conduits interlamellaires qui les contiennent, conduits démontrés par Schweiger-Seidel et Müller.

Ce fait d'une migration cellulaire abondante à travers les lames de la cornée, des vaisseaux de la périphérie, au centre, se voit encore mieux quand on produit une irritation du voisinage de la cornée, dont les corpuscules cornéens restent aussi intacts, au lieu où se fait la migration des cellules sorties des vaisseaux.

Lorsque, au lieu d'observer une grenouille d'hiver, on se sert d'une grenouille de printemps ou d'été, les faits ne changent pas, mais ils se produisent avec beaucoup plus de rapidité. En deux jours, quelquefois, la cornée tout entière est infiltrée et même perforée.

Ce travail d'Axel Key et de Wallis, très-consciencieux, semble donc confirmer absolument la théorie de Cohnheim, sur la sortie des globules blancs des vaisseaux dans l'inflammation, comme source des accumulations nouvelles de cellules.

GRANCHER.

Ueber die feineren Vorgænge nach der Anwendung starker Hautreize, besonders der Jodtinctur (Processus pathologiques consécutifs à l'emploi d'irritants violents de la peau (teinture d'iode), par Max SCHEDE. (*Archiv für klinische Chirurgie, XVe vol., 1re livraison, p.* 14.)

Schede en produisant artificiellement une dermatite aiguë a voulu vérifier les opinions de *Volkmann* et *Steudener* sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle.

Il s'est adressé surtout à la teinture d'iode employée en badigeonnages à la surface cutanée.

Celle-ci produit aussitôt une dilatation des vaisseaux qui atteint surtout les veinules, ralentit le courant sanguin et peut même amener la gangrène.

Le plasma, dans tous les cas, transsude en abondance et produit un œdème qui atteint en six heures son plus haut point pour disparaître vingt-quatre heures après l'opération.

En même temps (deux heures après le badigeonnage) commence la diapédèse des leucocytes, qui, déjà deux heures après, environnent les capillaires à la façon d'un manteau, et envahissent les mailles du tissu cellulaire. Les altérations ne se limitent pas à la peau : on les retrouve dans les muscles, dans le périoste ; et l'on peut même trouver une inflammation, avec prolifération des éléments médullaires, dans les os voisins de la peau, ainsi que dans les cartilages épiphysaires et les synoviales, etc.

Que deviennent les globules blancs extravasés? Les expériences de Cohnheim n'avaient pu trancher la question ; cet auteur supposait qu'ils rentraient dans la circulation par la voie des lymphatiques quand la résolution s'effectuait. Quant aux éléments du tissu conjonctif, cet auteur s'était borné à leur refuser toute participation aux phénomènes de prolifération.

Sur ces deux points, Schede est arrivé aux résultats suivants en employant les injections de gélatine dans le tissu cellulaire sous-cutané, selon la méthode de M. Ranvier.

Les globules blancs du sang qui ont plus ou moins émigré dans le tissu cellulaire, en vertu des mouvements amiboïdes qu'ils possèdent, augmentent de volume ; leur noyau se divise, et, six heures après l'opération, chaque globule en contient plusieurs ; les globules « continuent à croître de jour en jour, leur forme devient de plus « en plus bizarre, plus semblable aux éléments du tissu conjonc- « tif, et, le 5e ou le 6e jour, presque tous les leucocytes se sont trans- « formés en cellules de ce tissu » (p. 19).

Tous les globules blancs, néanmoins, n'atteignent pas ce haut degré d'organisation ; un certain nombre paraissent rentrer dans les lymphatiques.

Quant aux anciens éléments, ils subissent en plus ou moins grand nombre des altérations régressives qui ne sont pas encore termi-

nées au bout de quinze jours. Nous n'ajoutons rien sur ce point déjà parfaitement élucidé par les expériences de Cohnheim et de M. Hayem (Archives de physiologie. 1869, nov., déc., p. 779).

Resterait à apprécier le fait de la mutation des globules blancs en corpuscules du tissu conjonctif. Ce dernier point, en raison de son importance, mériterait d'être élucidé par de nouvelles expériences.

PAUL BERGER.

Ueber das subcutane Bindgewebe und sein Verhalten an Entzündungsheerden (Du tissu cellulaire sous-cutané et de son rôle dans les phénomènes inflammatoires), par le Dr W. FLEMMING, prosecteur à Prague. (*Virchow's Arch., LVI, nos 1 et 2, nov.* 1872, *p.* 146-176.)

Dans la première partie de ce travail, Flemming confirme l'opinion de M. Ranvier sur la structure du tissu cellulaire sous-cutané, et étudie surtout les rapports que présentent les faisceaux fibrillaires, d'une part, les cellules qui les revêtent, de l'autre. D'après lui, les faisceaux du tissu cellulaire sous-cutané sont entourés d'une gaîne amorphe, et formée d'une substance qui ne se gonfle pas sous l'action des acides ; cette gaîne n'est peut-être pas continue, elle peut n'être formée que par des sortes de travées. C'est à l'existence de cette gaîne que sont dus les étranglements. Sous cette gaîne, existe-t-il encore un ciment, ou bien y aurait-il seulement un produit de coagulation ? La question n'est pas résolue. Sur la gaîne reposent les cellules fixes, aplaties, ramifiées, adhérentes les unes aux autres, distribuées irrégulièrement, pourvues de noyaux. La gaîne n'a pas partout la même épaisseur ; les parties les plus épaisses correspondent à certaines portions du corps des cellules et à leurs prolongements.

Les cellules adipeuses sont des cellules fixes, gonflées par la graisse qui s'y est accumulée ; mais elles sont souvent, peut-être même toujours, reliées à la gaîne et à des prolongements d'autres cellules. Ces cellules adipeuses possèdent, outre leur protoplasme, une membrane secondaire, qui est en continuité avec la gaîne du faisceau auquel appartient la cellule.

Quant à reconnaître une cellule fixe d'une cellule libre, cela peut être impossible, mais, généralement, il n'en est pas ainsi : les cellules grandes, aplaties, à longs prolongements, surtout celles qui adhèrent à d'autres ou à des faisceaux, sont des cellules fixes ; les cellules libres sont plus petites, arrondies, sans angles saillants, égales dans toutes leurs dimensions.

Dans la seconde partie de son travail, Flemming étudie la part qui, dans les phénomènes inflammatoires, revient au tissu cellulaire et notamment aux cellules fixes. Le procédé qu'il emploie consiste à laisser séjourner dans le tissu cellulaire un corps étranger, et à examiner ensuite le tissu d'après la méthode de

l'œdème artificiel. Le corps étranger ne tarde pas à être entouré d'une sorte de capsule résistante, d'un blanc jaune sale. Au-delà de cette capsule, le tissu est parcouru par un réticulum, formé de fibrine, tout à fait semblable à celui qu'on obtient en injectant dans le tissu cellulaire du sang frais, et en examinant ce tissu immédiatement après l'injection. Il est plus que probable que cette fibrine ne provient pas du sang épanché dans le tissu cellulaire par le fait même de l'expérimentation, mais qu'elle est un produit de l'inflammation.

Dans la capsule qui entoure immédiatement le corps étranger, les cellules sont serrées au milieu du réticulum fibrineux et des fibrilles, de telle façon qu'on ne peut guère les examiner. Elles sont surtout nombreuses au voisinage des vaisseaux ; elles ont tous les caractères des cellules libres, cellules lymphatiques, et se montrent généralement en voie de prolifération ; elles renferment plusieurs noyaux.

Quant aux cellules fixes, il est très-rare d'en trouver qui renferment plusieurs noyaux ; on observe souvent plusieurs nucléoles ; mais cet aspect n'indique pas une division ultérieure de la cellule. Parfois, et cela se montre dans des endroits très-divers, sans relations ni avec les nerfs, ni avec les vaisseaux, ni avec les amas de graisse, on trouve des cellules fixes en transformation embryonnaire. Ailleurs, certaines de ces cellules renferment des gouttelettes graisseuses plus ou moins grandes ; ailleurs encore, elles sont devenues petites, ratatinées, ayant perdu leurs prolongements. Mais, plus l'inflammation est intense et de longue durée, plus aussi le nombre des cellules fixes est diminué ; là où le tissu est comme imbibé de globules purulents, on n'observe plus aucune cellule fixe. Au voisinage de ces endroits enflammés, on trouve encore des noyaux libres, aplatis ou arrondis, et de petites masses de protoplasma.

Les cellules adipeuses, sous l'influence de l'inflammation, sont atteintes d'atrophie séreuse ou bien elles prolifèrent, mais cela d'une façon irrégulière.

Les mailles, formées par les capillaires dans le tissu adipeux, semblent aussi devenir plus étroites.

Cette infiltration du tissu par des cellules est bien le commencement de la suppuration ; mais ne pourrait-elle pas être secondaire ; propagée par continuité, la suppuration ne commencerait-elle pas tout auprès du corps étranger irritant ? Pour résoudre cette question, Flemming a fait des injections d'huile de croton dans le tissu cellulaire sous-cutané ; les gouttelettes de cette substances sont faciles à reconnaître. Or, il a toujours vu la multiplication des cellules libres se produire, non point au contact immédiat des gouttelettes huileuses, mais bien à une certaine distance, au contact des vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané, au voisinage

du derme, dans la couche un peu plus dense qui revêt les muscles sous-jacents.

De ses recherches, l'auteur conclut que, conformément à l'opinion de Cohnheim, l'origine de la suppuration provient des vaisseaux sanguins. Les cellules libres qui remplissent le tissu, sont, au moins pour la plupart, des cellules incolores du sang, ou résultent de leur division. Les cellules fixes, elles, ne prennent aucune part directe à la formation du pus ; c'est-à-dire qu'elle ne se divisent pas, mais elles retournent à la forme embryonnaire. Cependant, plus le tissu est infiltré de globules de pus, plus le nombre des cellules fixes ou de leurs formes dérivées devient faible. Se détruisent-elles ou bien deviennent-elles mobiles et prennent-elles l'aspect et les propriétés des cellules libres ? La question n'est pas tranchée. Dans un cas, Flemming a vu les cellules fixes proliférer ; mais ce cas reste isolé comme une exception, et n'infirme pas la conclusion suivante : les cellules fixes du tissu cellulaire sous-cutané ne prennent aucune part essentielle à la suppuration. H. THORENS.

Experimental researches on pericarditis, by S. H. CHAPMANN. (*Americ. Journ., oct.* 1872, *p.* 313.)

Ce travail a pour but de vérifier la théorie de Stricker, et les recherches qu'il contient ont été faites dans le laboratoire de ce professeur.

L'auteur a choisi comme objet d'étude le péricarde des grenouilles et des crapauds, et, pour en apprécier plus exactement les altérations, il a commencé par en faire l'examen à l'état normal, en se servant des procédés connus de préparation par le nitrate d'argent et le chlorure d'or.

Voici les principaux résultats obtenus :

A l'état sain, l'endothélium qui recouvre les deux feuillets du péricarde n'est pas tout à fait le même partout. Outre quelques différences dans la forme de l'épithélium, suivant les divers points examinés, l'épithélium du feuillet externe présente seul des cils qui sont un peu plus longs que l'épaisseur de la cellule.

Les cellules périvasculaires sont toujours plus colorées que les autres par les réactifs, ce qui serait en rapport avec leur jeunesse et leur plus grande activité.

—L'inflammation du péricarde est étudiée de la manière suivante : Une ouverture d'un pouce de long est faite parallèlement et à droite du sternum ; à l'aide d'un crochet, la peau est relevée à gauche de manière à découvrir la place du cœur ; l'extrémité du sternum est coupée avec précaution ; une incision suffisamment large pour permettre l'introduction d'un mince crayon de nitrate d'argent est faite à travers le fascia péritonéal. Le nitrate est appliqué douce-

ment et aussi rapidement que possible sur le péricarde, puis les parties sont remises dans leur position naturelle et la peau est cousue.

Lorsque le contact avec le nitrate est trop prolongé, il s'ensuit une inflammation suppurative qui désagrége le cœur, remplit le péricarde de pus et tue l'animal en peu d'heures.

L'examen microscopique a été fait, dans les cas d'inflammation légère, de un à six jours après l'opération. Les dessins furent exécutés d'après des préparations colorées par la solution de chlorure d'or et recueillies sur le crapaud, parce que l'endothélium du péricarde est plus large chez le crapaud que chez la grenouille.

Le premier changement noté est une modification des éléments du tissu. Ceux-ci paraissent hypertrophiés ; les cellules de l'endothélium et leurs noyaux conservent leur contour, mais augmentent en surface et en épaisseur ; les cellules du tissu conjonctif s'élargissent, les vaisseaux et les nerfs se voient plus facilement que dans le tissu normal, les cils de l'endothélium externe sont plus longs et plus épais. Le second jour, les changements sont plus marqués ; les endothéliums commencent à former une nouvelle membrane, les noyaux de l'endothélium externe se fendent, et les cellules montrent ainsi une tendance à se diviser ; les noyaux de l'endothélium interne prolifèrent par une division plus uniforme, s'élargissent et se séparent les uns des autres ; en même temps, les cellules sont douées de mouvements amiboïdes, de sorte qu'on peut voir toutes les variétés de formes. Les cellules du tissu conjonctif sont allongées et leurs noyaux divisés. L'examen ne montre pas la production de nouveaux vaisseaux ni de nerfs ; mais ceux qui existent sont plus volumineux et forment des réseaux plus faciles à voir. Ces transformations marchent régulièrement, à partir du deuxième jour.

Les cellules de l'endothélium, devenues amiboïdes au bout de deux jours d'inflammation, sont divisées en cellules innombrables, de formes extrêmement variées, rondes ou ovales, étoilées ou allongées, fusiformes ou arrondies, de volumes très-divers, depuis celui des cellules de pus jusqu'à celui de cellules qui ont plusieurs fois le volume de l'endothélium interne normal. Les noyaux sont ronds ou ovalaires, très-variables aussi en volume, occupant tantôt une petite portion, tantôt la plus grande partie de la cellule.

L'état le plus avancé du processus est le suivant : les cellules fusiformes de la surface externe s'unissent entre elles et s'arrangent d'elles-mêmes en séries et forment ainsi une nouvelle membrane compacte.

Sur le feuillet interne, le processus est un peu différent. Chaque cellule produit de minces filaments qui se dirigent de façon à unir les diverses cellules entre elles, et ainsi se forme un nouveau réseau de fibres et un nouveau tissu conjonctif.

Le sixième jour, les membranes enflammées atteignent leur plus grande épaisseur. Cet épaississement serait dû, pour l'auteur, à l'augmentation des éléments du tissu conjonctif, à l'élargissement des nerfs et des vaisseaux, à l'infiltration de la lymphe dans le tissu enflammé, et enfin à la prolifération et aux modifications de l'endothélium qui viennent d'être décrites et qui produisent sur les surfaces enflammées plusieurs plans de cellules altérées.

L'auteur tire de ces recherches les conclusions suivantes :

1° Pendant l'inflammation, tous les éléments cellulaires d'un tissu se multiplient ;

2° Il se fait de nouvelles formations, *a* de cellules ; — *b* de tissu conjonctif (fausses membranes) ; — *c* très-probablement aussi de nerfs.

Altérations du sang.

Zur pathologischen Anatomie des Blutes (Contribution à l'anatomie pathologique du sang), par le Dr L. RIESS, de Berlin. (*Archiv de Reichert et Du Bois-Reymond*, 1872, *Heft II*, *S.* 237-249.)

Dans un historique à peine ébauché, Riess rappelle les travaux de Davaine et de Bräuell sur la bactérédie du charbon, les recherches de Hueter et de Tommasi sur la diphtérite, celles de Bühl et de Waldeyer sur ce que ces observateurs appellent la *mycose intestinale ;* enfin, il mentionne en passant le système de Hallier, système pour lui définitivement jugé et condamné. Il est loin cependant de contester l'importance des recherches mycologiques contemporaines, et la place qu'elles sont appelées à occuper dans la pathogénie de l'avenir ; mais il pense qu'il est d'autant plus nécessaire de s'entourer de précautions et de se garder, dans les analyses hématologiques, d'une méprise fréquente qui consiste à prendre pour des microphytes ou des microzoaires des éléments ayant une tout autre nature et une tout autre origine.

Les recherches de l'auteur remontent à l'année 1869, alors qu'il était assistant à la clinique de Berlin. L'examen microscopique du sang a toujours porté sur un grand nombre de sujets atteints de la même maladie ; ce sang était toujours examiné à l'état frais, extrait des vaisseaux du malade vivant, soit par la saignée, soit par l'application d'une ventouse ; on se servait de la chambre humide et de forts grossissements.

Le but initial de l'auteur était la détermination, dans le sang des maladies infectieuses, d'éléments spécifiques, spores ou vibrions. La première recherche, qu'il cite *in extenso* dans son mémoire, a été l'une des plus décisives : il s'agit d'un cas de scarlatine maligne

(hémorrhagique) ; le sang renfermait des myriades de corpuscules *foncés*, punctiformes (à un grossissement de 500 diamètre) et animés d'un mouvement oscillatoire très-vif, (sans doute le *bacterium punctum* de Dujardin et de Coze et Feltz) ; çà et là, ces points étaient alignés en chaînettes (*bacterium catenula*). Mais à côté de ces éléments infiniment petits, Riess rencontra, en nombre moins considérable, il est vrai, d'autres éléments *plus volumineux*, mesurant à peu près 1/10 du diamètre d'un globule rouge, arrondis, blanchâtres, non pas obscurs, mais *brillants* d'aspect, bref, rappelant, sauf les dimensions, l'apparence des leucocytes.

La première espèce de ces corpuscules, les plus petits, foncés de couleur et vibrant activement, l'auteur les accepte, avec la généralité des observateurs, comme des bactéries ; mais, sauf ce cas unique de scarlatine maligne, il n'eut plus occasion, dans ses nombreuses recherches, de les retrouver dans le sang vivant. En revanche, il trouva très-souvent des corpuscules plus volumineux, d'un blanc brillant, mentionnés en deuxième ligne. Mais, remarque essentielle, jamais l'auteur n'a pu constater une relation quelconque entre la présence de ces corpuscules et le processus spécifique, la maladie infectieuse.

Ainsi, dans les nombreux cas de fièvre typhoïde observés, jamais la proportion de ces corpuscules ne s'est montrée en rapport avec l'intensité de la pyrexie. Dans les premiers septénaires de la maladie, alors que la fièvre, la somnolence et les autres symptômes typhiques sont à leur *summum*, les corpuscules en question sont relativement très-peu nombreux et peuvent même faire défaut absolument ; ils apparaissent souvent en foule quand la maladie s'amende, que la fièvre tombe et que les symptômes graves se dissipent.

L'auteur se vit donc immédiatement amené à distinguer l'apparition de ces corpuscules d'avec l'infection typhique elle-même, en un mot, à ne pas leur attribuer la vertu infectieuse, mais à les considérer comme provenant de la désintégration organique consécutive à la pyrexie. En effet, plus la maladie a été longue, plus le sujet est amaigri et affaibli, plus ces corpuscules sont abondants ; si leur apparition dans le sang est précoce, la dénutrition et l'affaiblissement le sont pareillement.

Ces éléments, Riess les a retrouvés au déclin et dans la convalescence de la plupart des exanthèmes fébriles (variole, rougeole, scarlatine) du typhus exanthématique, de la méningite cérébro-spinale, de la fièvre puerpérale, du rhumatisme articulaire aigu, du typhus récurrent, etc. Mais si l'on en excepte le cas unique de scarlatine maligne mentionné plus haut, il n'a jamais observé, *dans le sang frais*, la présence de bactéries.

Que si ces corpuscules blanchâtres et brillants sont, comme l'auteur l'a pensé dès le début, simplement liés à des troubles de nutri-

tion et de réparation du sang, on doit les rencontrer non-seulement dans les processus aigus, mais encore et surtout dans les dyscrasies chroniques, dans les consomptions, les cachexies et l'anémie. Et de fait, on les signale constamment dans les cachexies tuberculeuse, cancéreuse, paludéenne, dans l'anémie simple (suite d'hématémèse ou d'hémorrhagie utérine), dans la leucémie, dans la chlorose.

L'auteur considère donc leur présence dans le sang comme étroitement liée à la déchéance et à la dénutrition de l'organisme.

En examinant du sang provenant d'un sujet sain, on rencontre à peine un ou deux de ces éléments dans le champ du microscope. Le sang des animaux pris en expérimentation, placés généralement dans de mauvaises conditions hygiéniques, en renferme un plus grand nombre. Jamais on ne les trouve dans du sang extrait du cadavre : la coagulation les englobe et les rend invisibles.

Voici, en substance, les caractères précis que leur assigne Riess. Ce sont des éléments pour la plupart globuleux, quelquefois déformés et anguleux et dont les dimensions oscillent entre la limite des objets perceptibles à un grossissement de 1,000, et la moitié du diamètre d'un globule rouge ; cependant ces dimensions extrêmes sont l'exception ; le diamètre moyen de ces corpuscules est de 1 micromillionième. Leur coloration est blanche, brillante, rappelant tout à fait celle des globules blancs ; ce caractère suffit à lui seul, pour les distinguer des bactéries qui apparaissent comme des points foncés. Le mouvement dont il sont animés n'est pas la progression rapide et quasi volontaire de la bactérie ; c'est purement le mouvement oscillatoire de toute particule solide en suspension dans un liquide (mouvement brownien).

Quelle est la nature et l'origine de ces corpuscules ? Tout d'abord, Riess démontre que nous n'avons pas affaire là à une forme spéciale de coagulation de la fibrine, car on les rencontre dans le sang défibriné et on ne s'expliquerait pas leur absence presque totale dans le sang normal.

L'auteur pense que ce sont des débris de leucocytes, et les raisons qu'il invoque rendent cette hypothèse très-plausible. Dans toutes les circonstances où ces éléments se rencontrent, on constate parallèlement une leucocytose manifeste ; les globules blancs, dans ce cas, sont volumineux, chargés de granulations, affectant, en un mot, ce qu'on appelle les formes *vieilles* des leucocytes ; les granulations qu'ils renferment offrent la plus grande analogie avec les corpuscules en question. On trouve même des préparations, et l'auteur en donne le dessin, où des globules blancs sont en train de perdre leurs contours, de se dissocier pour donner naissance à un amas de ces corpuscules.

Les caractères histochimiques de ces éléments se rapprochent de ceux des globules blancs ; ils pâlissent par l'addition d'eau distillée, encore plus rapidement par celle d'un alcali étendu ; l'acide

acétique, au contraire, en accuse plus nettement les contours. Ils sont réfractaires à l'action de l'éther et du chloroforme.

Conclusion : ces éléments sont des débris de globules blancs, témoignant de la mauvaise nutrition du sang et de l'économie entière. Peut-être même cette destruction moléculaire des leucocytes entre-t-elle pour beaucoup dans la production de la dyscrasie, en empêchant la transformation réparatrice des globules blancs en globules rouges.

L'auteur ne fait pas de difficulté pour reconnaître que ces éléments ont été signalés depuis longtemps dans les traités d'hématologie: Zimmermann les appelait granulations élémentaires, et les considérait comme des globules rouges décolorés ; Erb les a signalés, mais sans y attacher d'importance ; c'est M. Schultze qui le premier a appelé sur eux l'attention et les a distingués nettement d'avec les coagulations fibrineuses.

Quant au fameux *corpuscule syphilitique* de Lostorfer, si fort à la mode il y a quelques mois en Allemagne et déjà discrédité au moment où nous écrivons ce résumé, c'est probablement un débris de globule rouge (Kobner) et une production purement cadavérique. Les corpuscules dont nous nous occupons ne se rencontrent, au contraire, que dans le sang vivant et circulent avec lui dans les vaisseaux.

La confusion est plus facile avec les *micrococcus*, qui offrent à peu près la même dimension et le même aspect ; quand les éléments qui nous occupent sont disposés en chaînettes, ils rappellent les traînées de leptotrix ; quand ils sont agglomérés, les masses de zoogloea. Riess fait remarquer avec raison l'analogie de ces dessins avec quelques figures de micrococcus, telles que les donne Hallier.

Enfin, l'inoculation du sang renfermant de ces corpuscules est parfaitement supportée par les lapins qui succombent, au contraire, à la suite de l'inoculation d'un sang contenant bien et dûment des bactéries.

Ces recherches sont intéressantes, en ce sens qu'elles montrent que rien n'est aussi fréquent que l'apparition de particules punctiformes dans le sang d'une foule de maladies ; des observateurs non prévenus ont pu les confondre avec des spores ou des bactéries véritables et regarder ainsi une des lésions hématiques les plus banales comme le signe caractéristique d'une altération zymotique du sang. STRAUS.

Der acute Milztumor (De la tuméfaction aiguë de la rate), par le Dr BIRCH-HIRSHFELD, prosecteur à l'hôpital de Dresde. (*Archiv der Heilkunde*, *sept.* 1872.)

L'auteur s'étend longuement sur l'analogie de structure et de fonction qui existe entre les ganglions lymphatiques et la rate ; il

considère comme bien établies les hypothèses physiologiques selon lesquelles ces organes servent à la formation des globules blancs du sang.

Une autre analogie de fonction consiste en ce que la rate tend à retenir, à l'instar des ganglions, des corpuscules étrangers introduits dans sa circulation.

Une série d'expériences sur des lapins permit à l'auteur de reconnaître que, lorsqu'on injecte dans la veine jugulaire du sang putréfié et filtré et contenant des masses zoogloïques ou microscopiques, la rate retient dans la pulpe une partie de ces micrococcus et le tissu de l'organe tend à se tuméfier. Lorsque l'introduction de la masse de ce liquide a été en quantité modérée, les globules blancs du sang ont une tendance à s'emparer des corpuscules organisés; mais, après un temps plus long, on constate dans le sang des micrococcus libres dont la quantité augmente constamment jusqu'à la mort. Dans les cas où les injections ont été faites dans les cavités séreuses, il s'est formé des inflammations locales, l'animal est mort avant que les micrococcus aient pénétré dans le sang et alors il ne se produisit pas de tumeur de la rate.

L'auteur rapproche ces faits expérimentaux de l'observation clinique qui a permis à divers observateurs (de Recklinghausen et Klebs, Waldeyer, Coze et Feltz) et à lui-même de trouver dans les diverses espèces de septicémie, qu'il s'agisse de la pyémie des opérés, de la fièvre puerpérale ou du sang de rate, une augmentation du volume de la rate et des micrococcus dans l'intérieur de la pulpe hypertrophiée de cet organe. B... rapproche de ces faits, en forçant un peu l'analogie, ce nous semble, ceux de fièvre typhoïde dans lesquels l'augmentation de volume de la rate est constante. Il a aussi trouvé cette même lésion, sans exception, dans la variole hémorrhagique.

Il va sans dire que les fièvres intermittentes fournissent à B... une excellente occasion pour développer la thèse de Salisbury, et établir la relation intime de cause à effet, entre l'existence des champignons dans le sang et leur accumulation dans la rate notablement augmentée de volume. Il n'y a pas jusqu'à la périodicité de la maladie qui ne s'expliquerait par la sortie en masse des spores qui quitteraient de temps en temps leur siége de prédilection. Une fois dans la voie des hypothèses, l'auteur se demande si l'on ne pourrait pas admettre que la guérison de légères atteintes de pyémie est dûe à ce que la matière putride retenue dans la rate tend à fermenter et à se détruire, lorsqu'elle n'y est accumulée qu'en minime quantité.

M. KRISHABER.

Anatomie pathologique de la tuberculose.

Etude sur le tubercule et la pneumonie caséeuse, par M. J. GRANCHER. (*Arch. de phys. normale et path., p.* 625, *sept.-oct.* 1872.)

Ce travail purement histologique comprend deux parties : la première est consacrée à une nouvelle étude du tubercule pulmonaire.

Ce produit morbide est composé, dans sa portion périphérique, de cellules embryonnaires plongées dans une substance homogène ou fibrillaire, c'est-à-dire dans du tissu conjonctif en voie d'organisation. Sur les coupes qui passent par le centre du tubercule on voit, à la périphérie, des alvéoles pulmonaires, les uns remplis de liquide hématique, d'autres d'exsudat incolore et de grosses cellules. Au centre, on aperçoit, sur un grand nombre de préparations, des plaques ou îlots orangés qui sont disséminés dans la matière granuleuse bien connue, décrite par les auteurs comme caractérisque du tubercule.

Parmi ces îlots les uns, réguliers, arrondis et de forme permanente paraissent être des vaisseaux sanguins ; d'autres, également arrondis et qui présentent une bordure intérieure de cellules, seraient, au contraire, de petites bronches ; enfin, une 3e variété, remarquable par sa forme irrégulière, répondrait aux alvéoles pulmonaires comblés de liquide hématique et tout à fait comparables à ceux qu'on trouve à la périphérie, en voie de subir la même modification.

Le tissu alvéolaire du poumon fait toujours partie de la granulation tuberculeuse, même quand celle-ci est encore demi-transparente, dure, régulièrement arrondie et seulement du volume d'une tête d'épingle. Cependant, le point de départ primitif du tubercule peut être dans une péribronchite, une périartérite ou une alvéolite.

L'auteur en conclut que la granulation tuberculeuse est le produit d'une pneumonie complexe, de nature embryonnaire surtout. C'est pour lui, au point de vue anatomo-pathologique, un processus inflammatoire.

— La seconde partie du travail est relative aux caractères histologiques de la pneumonie caséeuse.

Sur les coupes microscopiques qui passent par le centre des masses caséeuses, on voit les mêmes parties, les mêmes éléments que dans le centre des granulations tuberculeuses. Sur les coupes faites, à la fois sur le tissu blanc du noyau caséeux et sur le tissu pulmonaire voisin, on peut distinguer 3 zones : 1° zone caséeuse comprenant le même tissu en voie de caséification que la granulation tuberculeuse ;

2° zone cellulaire, au niveau de laquelle le tissu alvéolaire est presque complétement masqué par une véritable infiltration embryonnaire, ce qui rappelle complétement la périphérie des granu-

lations tuberculeuses. Çà et là cependant, dans quelques alvéoles on retrouve les grandes cellules de la pneumonie catarrhale, contenant un ou deux noyaux;

3° zone catarrhale. C'est la plus excentrique. Outre les éléments de la pneumonie catarrhale, on y rencontre des traînées ou des plaques irrégulières, composées essentiellement de cellules embryonnaires, absolument comme à la périphérie d'une granulation tuberculeuse.

L'auteur a ainsi retrouvé dans le tissu d'un noyau de pneumonie caséeuse, sauf quelques détails, la structure de la granulation tuberculeuse.

Cette dernière serait donc une néoformation surtout embryonnaire et nodulaire.

La pneumonie caséeuse est une néoformation, à la fois catarrhale et embryonnaire infiltrée.

M. Grancher fait remarquer que ses recherches prouvent l'exactitude des vues de Laënnec sur l'infiltration tuberculeuse; mais le lecteur pourra voir qu'il se met, en même temps, avec Broussais, contre Laënnec, lorsqu'il fait du tubercule, infiltré ou non, une variété d'inflammation.

La question de la nature du tubercule semble destinée depuis le commencement du siècle à tourner dans le même cercle, et le travail anglais dont on va lire l'analyse en est une preuve nouvelle.

Notes on the Pulmonary Phthisis, by T. Henry GREEN, M. D. (*Med. Times and Gaz.*, 12 et 26 oct. 1872.)

La confusion qui règne dans la science au sujet de la phthisie vient, suivant l'auteur de ce mémoire, de ce que l'on n'est pas encore fixé sur la constitution anatomique de ce que l'on entend par tubercule, mot mauvais, qu'il y aurait avantage à supprimer, mais que, jusqu'à nouvel ordre, on est encore forcé de conserver. Le tubercule, dit-il, est « une granulation miliaire formée par de petites cellules embryonnaires, analogues aux cellules de la lymphe et réunies entre elles par un tissu fibrillaire. » Le tubercule, pour Green, est la granulation grise. Son siége anatomique est dans le tissu interalvéolaire, entre les alvéoles qui sont plus ou moins pressés et affaissés par lui, mais non envahis. Autour du tubercule, le tissu pulmonaire peut être entièrement normal, crépitant même. Enfin, au point de vue de la genèse, le tubercule « est le produit d'une inflammation infectieuse. » — Si du long mémoire de Green on extrait, comme nous venons de le faire, ce qui se rapporte seulement à la granutation grise, on arrive à une proposition très-nette qui séduit par sa simplicité. Mais si l'on rapproche les caractères de la granulation grise de ceux de la granulation jaune, on reconnaît que l'auteur s'est singulièrement fait illusion s'il croit avoir éclairci la question.

La granulation jaune, dit-il, est formée par de grosses cellules épithéliales, analogues aux cellules alvéolaires de la pneumonie croupale et par la substance granuleuse non organisée, en voie de régression caséeuse : la granulation jaune intéresse directement les parois alvéolaires dont on trouve des débris dissociés au centre même de cette granulation; autour de la granulation jaune, le tissu pulmonaire est congestionné, œdémateux et induré. Enfin, au point de vue de la genèse, la granulation jaune est le résultat d'une irritation beaucoup plus intense que celle qui produit les granulations grises.

A première vue, les différences établies par l'auteur paraissent très-marquées ; mais bientôt il est obligé de les faire disparaitre lui-même. Ainsi, ces granulations soi-disant si distinctes, existent rarement à l'état isolé , un poumon à granulations grises peut ne pas présenter des granulations jaunes, mais l'inverse n'est pas vrai ; entre les causes productrices il n'y a qu'une différence de degré ; enfin, le microscope et l'œil nu lui-même démontrent que sur un grand nombre de points la granulation jaune n'est qu'un degré plus avancé de la grise ; le tissu à cellules embryonnaires entrecoupées de fibrilles se transforme et subit la régression caséeuse. Tout l'échafaudage de Green se trouve donc ainsi renversé par lui-même, et la question qu'il prétendait élucider reste encore, jusqu'à un effort plus heureux, entourée de nuages.

J. DUBRISAY.

De la tuberculose. Infiltration granuleuse du poumon, par L. THAON. (*Mouv. méd, n° 22, nov. 1872, p. 22.*)

Les recherches de M. Thaon portent sur 250 autopsies de phthisiques; elles ont pour but de prouver que les lésions connues sous le nom d'infiltrations du poumon ne sont pas seulement des inflammations dégénérées, mais peuvent être aussi des granulations confluentes. L'*infiltration granuleuse* peut être le dernier terme d'une phthisie de longue durée, ou bien constituer à elle seule toute la maladie et le danger de cette maladie.

A l'œil nu, ce qui distingue l'infiltration granuleuse de l'infiltration gélatineuse ordinaire, c'est la présence de petits grains blanchâtres qui se groupent, deviennent jaunes, forment de petits amas d'abord gris, puis jaunâtres, de sorte que la lésion offre toujours à la coupe un aspect à gros grains. Au microscope, on trouve les alvéoles remplis de petites cellules serrées; les vaisseaux pleins de sang courent dans les parois ; quelques alvéoles sont sains, d'autres sont remplis d'éléments épithéliaux et d'une matière colloïde particulière. Pour l'auteur, ces amas de petites cellules serrées, qu'on trouve même au début de l'infiltration, sont des granulations tuberculeuses nées par bourgeonnement des éléments épithéliaux et

qu'on a prises, jusqu'à présent, pour de la pneumonie caséeuse. Ces granulations confluentes suivent un processus ulcératif analogue à celui de la pneumonie caséeuse.

Lorsque l'infiltration granuleuse est primitive, elle présente une marche rapide, non caractéristique, et très-souvent des symptômes typhoïdes ; l'auteur en rapporte quelques observations. J. CAZALIS.

Veines normales et variqueuses.

I. Untersuchungen über den Bau normaler und ectatischer Venen, par SOBOROFF, (*Archiv für path. Anatomie und Physiol., t. LIV, p.* 137, 166 *et* 306-319, 1871-1872.)

II. Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses, par le Dr V. CORNIL. (*Arch. de physiologie norm. et path., p.* 602, *sept.-oct.* 1872.)

La structure des veines variqueuses a été jusqu'à présent fort peu étudiée et les renseignements que l'on trouve sur ce point dans les auteurs, sont peu précis et contradictoires. C'est donc là un sujet nouveau sur lequel le travail récent de M. Cornil ne peut manquer d'attirer l'attention. Toutefois, avant de rendre compte de ce mémoire, comme cet habile observateur n'a cité aucun de ses devanciers, il nous paraît utile de faire connaître brièvement les recherches de Soboroff, bien qu'elles ne soient pas aussi nouvelles que celles dont nous donnons habituellement l'analyse.

Ce rapprochement est d'ailleurs tout à fait indispensable, en ce sens que ces deux auteurs sont arrivés à des résultats complétement opposés.

I. — Soboroff reprend tout d'abord l'étude des couches normales de la paroi veineuse de manière à asseoir sur une base solide ses recherches anatomo-pathologiques.

1° *Veines normales.*

La veine saphène interne, prise plus particulièrement comme sujet d'étude, a une paroi composée, ainsi que Waldeyer l'a admis, de 3 couches.

La délimitation de ces couches n'est pas très-nette, et leur épaisseur présente de très-grandes variétés. La moyenne des mensurations donne les résultats suivants :

Pour la membrane interne, comprise entre la lumière du vaisseau et la couche musculaire longitudinale : $0^{mm}03$ — 0,069 ; pour la membrane moyenne (couche musculaire circ.) 0,09 — 0,23 ; pour l'adventice 0,24 — 0,315.

Pour étudier l'endothélium de la membrane interne, l'auteur lave d'abord une veine tout à fait fraîche avec une solution de nitrate

de potasse, puis injecte une solution à 1/5-1/7 pour 100 de nitrate d'argent et, immédiatement après, il y pousse une injection gélatineuse peu épaisse. Il expose alors quelque temps à la lumière la paroi veineuse et en gratte ou arrache la couche interne qui, grâce à la gélatine, ne s'enroule pas sur elle-même et se détache facilement sur une large étendue. Elle présente un épithélium très-net, formé par de grandes cellules plates polygonales. A l'angle des cellules ou même à leur intérieur, on voit des figures arrondies ou anguleuses, souvent ovalaires et à contour très-régulier.

Pour Eberth, Cohnheim, etc., ce sont les ouvertures des stomates et, d'après ses préparations, Soboroff pense qu'il s'agit bien là, en effet, de véritables ouvertures.

Au-dessous de l'épithélium existe une couche très-mince qui contient des cellules ovalaires, fusiformes ou étoilées avec un gros noyau ovale. L'auteur rapporte ces éléments, qui perdent leur contour dans l'acide acétique, au tissu conjonctif. La couche externe de la membrane interne est constituée par du tissu conjonctif et un fin réseau de fibres élastiques.

La couche la plus importante est la couche musculaire.

Dans la saphène interne elle est tellement développée qu'elle forme une *membrane musculaire* spéciale qui ne contient que des fibres cellules et une substance intercellulaire, désignée par Arnold sous le nom de ciment des fibres musculaires. Pour étudier cette substance cimentaire, la paroi veineuse est mise d'abord dans une solution de chlorure d'or à 0,3 — 0,5 pour 100; puis elle est durcie dans l'alcool, et l'on pratique des coupes longitudinales.

La plupart des fibres musculaires sont alors coupées en travers et séparées par un réseau de travées relativement épaisses qui circonscrivent les mailles arrondies occupées par les muscles. Les fibres sont séparées les unes des autres par de fins prolongements de ces travées.

Cette substance intermusculaire est homogène, brillante, sans aucune structure et après en avoir étudié les réactions, l'auteur la range parmi les tissus conjonctifs modifiés.

Dans la partie la plus externe de la membrane moyenne, celle qui se confond avec l'adventice, on trouve un fin réseau élastique.

L'adventice comprend deux couches : la première entoure les fibres musculaires et ne contient pas de vaisseaux, la plus externe renferme les *vasa-vasorum*.

2° *Veines variqueuses.*

Pour faire l'étude des veines variqueuses, S. a fait choix de la saphène interne et l'a examinée tantôt à l'état frais, sans préparation, ou après l'action du nitrate d'argent et du chlorure d'or, tantôt

après durcissement dans l'acide chromique ou le perchlorure de palladium.

Il distingue avec beaucoup d'autres auteurs les veines variqueuses à parois épaisses et celles à parois minces. Ces deux variétés d'altération se rencontrent le plus souvent sur la même veine; mais doivent cependant être décrites séparément.

Dans les veines variqueuses à parois épaisses, l'épaisseur des diverses couches atteint les chiffres suivants : memb. interne, 0,051 à 0,085; moyenne, 0,445 à 0,65; adventice, 0,470 à 0,52. De sorte que les couches interne et externe sont environ deux fois plus grosses qu'à l'état normal, tandis que la moyenne l'est de 5 à 6 fois.

Dans la membrane interne l'épithélium est généralement intact; mais les cellules sont plus larges que dans les veines normales.

La membrane moyenne épaissie offre un développement tellement considérable des faisceaux musculaires que les coupes longitudinales, soit celles qui sectionnent les fibres en travers, ressemblent à des préparations de cartilage réticulé.

Les sections transversales des fibres apparaissent comme des cellules rondes avec un noyau au milieu, et, autour de ces éléments, on voit une couche non moins épaisse de substance unissante, dans laquelle se trouvent çà et là des vaisseaux qui n'existent jamais dans les veines normales.

En isolant les fibres musculaires à l'aide d'une solution de potasse, on constate qu'elles sont 3 ou 5 fois plus volumineuses que celles des veines normales. L'auteur les compare aux fibres de l'utérus gravide.

La substance cimentaire, isolée sur une coupe longitudinale, ressemble à la membrane fenêtrée des artères (tun. de Henle); elle reste homogène et sans structure comme à l'état normal.

L'adventice très-épaissie présente un grand nombre de vaisseaux dont l'épithélium est intact et qui sont souvent remplis de sang coagulé.

Les ectasies veineuses avec amincissement des parois donnent, pour l'épaisseur de la membrane interne 0,007; pour celle de la moyenne 0,140; pour celle de l'externe 0,038. — Ce qui montre que l'atrophie des membranes interne et externe est considérable.

La membrane interne est normale, la mince couche de fibres musculaires longitudinales a disparu, la couche circulaire forme la presque totalité de la paroi veineuse. Le tissu intercellulaire est à peu près normal; mais il forme des travées plus minces que dans les veines normales. Les fibres musculaires sont devenues plus courtes, mais plus larges et plus plates.

La membrane externe amincie est peu riche en vaisseaux, et, dans sa partie extérieure, on y voit une mince couche de cellules adipeuses.

II. — L'étude entreprise par M. Cornil a porté également sur les varices superficielles des membres inférieurs.

Sans reprendre les points relatifs à l'histologie normale, il donne une description anatomo-pathologique, qui peut se résumer ainsi :

Les veines variqueuses sont à la fois élargies et allongées; leur paroi est épaissie de telle sorte que, sur une section transversale, leur calibre reste béant.

Dans les cas de moyenne intensité la tunique interne n'est pas sensiblement hypertrophiée; au-dessous, dans les mailles du réseau élastique de la tunique moyenne, on voit de gros faisceaux de tissu conjonctif longitudinaux qui répondent, à la face interne de la veine, à des saillies visibles à l'œil nu. Au sein de ces faisceaux existent des vaisseaux très-dilatés, sinueux, à paroi mince et à direction variable. Dans tout le reste de la tunique moyenne, il s'est développé de gros faisceaux de tissu conjonctif qui séparent les fibres musculaires.

Entre les éléments du tissu conjonctif hypertrophié, il se fait des épanchements de globules rouges ou de matière colorante du sang, et les parties liquides du sang peuvent former des œdèmes passifs ou inflammatoires.

L'épaisseur de la tunique moyenne ainsi modifiée est de 2 à 10 fois plus considérable qu'à l'état normal.

Dans les lésions plus prononcées ou plus anciennes on trouve des tumeurs variqueuses, des dilatations ampullaires ou fusiformes et des incrustations calcaires.

Les *tumeurs variqueuses* sont constituées par des vasa-vasorum énormément dilatés, qui possèdent quelquefois eux-mêmes un diamètre plus considérable que celui d'une saphène normale. Ces dilatations flexueuses sont creusées dans la couche interne en dedans des fibres musculaires.

Les *plaques calcaires* apparaissent à l'œil nu sur les veines desséchées ; elles se développent au niveau de l'implantation des valvules, et les brides qui ont pris la place de ces dernières peuvent aussi être transformées en filaments calcifiés.

Dans les calcifications étendues, qui rétrécissent quelquefois très-irrégulièrement le calibre de la veine, les dépôts se font dans la membrane interne et la couche interne de la tunique moyenne, dans les points où il y a eu une multiplication des éléments de tissu conjonctif.

Les *dilatations ampullaires* ou *fusiformes*, se montrent dans les points où la paroi est, en général, très-amincie.

La tunique moyenne a disparu, ou bien il n'en reste plus que des îlots. — Si, maintenant, on compare les deux séries de recherches que nous venons de résumer, on sera étonné, sans doute, de voir combien les auteurs diffèrent sur le point principal.

En effet, pour Soboroff la lésion fondamentale, celle qui existe dans tous les cas, c'est l'hypertrophie des fibres lisses de la paroi

veineuse, sans dégénérescence de ces fibres, si bien que pour cet auteur les ectasies veineuses ne sauraient aucunement être comparées aux ectasies artérielles.

Pour M. Cornil, au contraire, les varices seraient le résultat d'une « inflammation chronique des veines, caractérisée essentiellement par la multiplication des éléments du tissu conjonctif. »

C'est là, comme on le voit, une opinion radicale. Elle est peut-être exacte; mais avant d'admettre que Soboroff se soit trompé au point de prendre, après dilacération de la paroi veineuse, des éléments du tissu conjonctif pour des fibres lisses, il faut attendre que, dans un autre laboratoire, on se soit prononcé sur ce point en dernier ressort.

Nécroses et gangrènes, par **E. LANCEREAUX**. (*Gazette médicale*, 1872, *nos* 43 *et* 45.)

Dans ce travail l'auteur s'attache à différencier les nécroses des gangrènes.

Les *nécroses* ont pour caractère essentiel une mortification plus ou moins étendue des tissus ou des organes par diminution ou suppression des liquides nutritifs. Les nécroses peuvent se diviser, tant par leur origine que par leur évolution, en deux classes : 1° Les *nécroses pathogéniques* produites par la diminution ou la suppression de la circulation dans une partie quelconque du corps. Elles ont pour siége habituel les extrémités, surtout les membres inférieurs, et constituent la *gangrène sèche* des auteurs. On les rencontre aussi fréquemment dans les viscères (cerveau, rate, reins, etc.) constituant les *infarctus*. Dans ces foyers de nécroses il y a tendance à la transformation des tissus en principes immédiats encore mal déterminés, formés surtout de substances carbonées et de matière grasse de forme globulaire et cristalline. Les nécroses pathogéniques reconnaissent pour cause les oblitérations des artères, parfois les oblitérations des capillaires, quelquefois même des veines, par exemple lorsqu'une anse intestinale étranglée vient à se mortifier. La faiblesse contractile du cœur ne joue qu'un rôle adjuvant dans leur production. 2° Les *nécroses physico-chimiques*, produites par des actions chimiques qui coagulent le sang dans les vaisseaux et absorbent les liquides des tissus. Les substances chimiques qui donnent lieu à ces nécroses possèdent chacune un mode d'action spécial, et produisent des eschares de couleur et de consistance différentes. Chacune de ces mortifications a pour ainsi dire sa physionomie propre. Les agents physiques capables de produire des nécroses sont multiples, on doit mentionner principalement la chaleur, le froid, l'électricité. Ces nécroses se désignent généralement sous le nom de brûlures et de gelures.

Les nécroses n'ont aucune tendance à l'envahissement ou à la généralisation.

Les GANGRÈNES ont pour caractère essentiel, comme les nécroses, une mortification des tissus, mais elles sont l'effet de processus particuliers de fermentation ou de putréfaction, subordonnés aux conditions de température, d'humidité, etc., qui réclament les ferments pour manifester leur action. Elles ne se montrent jamais primitivement à l'abri du contact de l'air. Elles présentent dans leur évolution deux périodes, l'une d'irritation et de fluxion, l'autre de mortification et de décomposition. Parmi les produits de décomposition, on peut signaler des granules pigmentaires, des cristaux noirs d'hématoïdine, des masses irrégulières de mélanine, le tout provenant de la dissolution des globules sanguins. On y trouve des composés transitoires mal déterminés, des acides butyrique, valérianique, etc., des sels, et enfin des gaz qui, par leur évaporation, donnent aux parties mortifiées leur odeur spéciale ; ce sont l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré, le sulfure d'ammonium, des hydrures de phosphore, des carbures d'hydrogène inflammables. En même temps on rencontre des organismes vivants: vibrions, monades, algues (merismopœdia, cryptococcus, leptothrix). On a aussi trouvé des champignons, (oïdium albicans, mucor mucedo, etc.). Ces organismes ne se rencontrent jamais dans les nécroses, et sont la caractéristique des gangrènes. Il n'est pas prouvé, mais il est probable que ces organismes jouent ici un rôle actif, agissent comme des ferments. Tandis que les nécroses sont des affections locales, les gangrènes peuvent s'étendre, se transmettre à distance, donner lieu à des foyers métastatiques. Les gangrènes s'accompagnent de fièvre, elles retentissent sur tout l'organisme, infectent l'économie tout entière. Les foyers secondaires gangréneux ne sont pas très-rares. Les poumons, la rate, le cerveau, le foie sont leur siége le plus ordinaire. Ils atteignent surtout les poumons chez les sujets atteints de gangrène de la bouche. L'odeur gangréneuse se retrouve dans tous les organes mortifiés secondairement, même à l'abri du contact de l'air, dans le cerveau par exemple, tandis que jamais elle n'existe lorsqu'il s'agit d'infarctus. Les conditions de production des gangrènes sont une diminution de la nutrition des parties, l'humidité des tissus et probablement le développement d'organismes inférieurs.

Cette distinction étant établie entre les nécroses et les gangrènes, il y a lieu de se demander si dans toutes les gangrènes c'est bien le même agent qui exerce son action nuisible, et si les processus gangréneux sont toujours les mêmes lorsqu'ils se développent dans la morve, dans le charbon, à la suite de piqûres anatomiques, d'infiltration urineuse, après l'absorption de substances animales en voie de putréfaction, et dans beaucoup d'autres circonstances.

A. JOFFROY.

Ueber die Kœrnchenzellen der embolischen Heerde des Gehirns (**Sur les corps granuleux des foyers emboliques du cerveau**), **par le Dr HUGUENIN, privat-docent à Zurich.** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, III. Band, 3. Heft,* 1872.)

Il est fréquent, à l'étranger comme en France, d'employer l'expression démence paralytique pour désigner tantôt la paralysie générale des aliénés, tantôt la démence avec paralysie partielle, consécutive au ramollissement ou à l'hémorrhagie cérébrale. Il y aurait cependant un intérêt réel à faire cesser une confusion aussi regrettable. Le travail de Huguenin a pour point de départ une observation de démence paralytique, démence avec paralysie partielle ou hémiplégie, produite par un ramollissement cérébral de l'hémisphère gauche : la marche a été rapide, et la mort est survenue dans l'espace d'environ deux semaines. L'embolie oblitérait une grosse branche de l'artère sylvienne, devenue athéromateuse dans une partie de son trajet ; et le foyer intéressait le corps lenticulaire, la capsule externe, la capsule interne, et la partie externe de la tête du corps strié.

L'examen de ce fait a paru offrir une occasion favorable d'étudier la genèse des corps granuleux, qui, d'après les conclusions de l'auteur, proviendraient des sources suivantes : 1° des noyaux de la névroglie ; 2° des capillaires, des cellules qui les constituent ; 3° de la tunique adventice des vaisseaux ; 4° des noyaux des muscles lisses des vaisseaux ; 5° des noyaux conjonctifs des espaces lymphathiques périvasculaires ; 6° des cellules fusiformes de la couche corticale, et l'on peut dire avec une grande vraisemblance : 7° des cellules ganglionnaires de la couche corticale.

Sur la limite du foyer, au niveau de la portion saine, on remarque dans le stroma du cerveau des noyaux en nombre habituel, de grosseur comme de structure normales ; dès qu'on entre dans le tissu malade, les noyaux apparaissent altérés : ils ont subi une imbibition, un accroissement de volume, une destruction par métamorphose graisseuse de leur intérieur ; ils se rompent, puis s'agglomèrent en plusieurs masses.

L'imbibition s'établit de la manière suivante : le contenu du noyau semble à l'étroit ; ses bords sont clairs et limités ; l'intérieur se trouble ; des éléments nouveaux s'y montrent ; la masse granuleuse se subdivise en plusieurs corps qu'une résorption lente envahit ; ils se dissocient ; tout l'intérieur du foyer se mélange. Dans l'épaisseur du foyer, on aperçoit des capillaires flottants, altérés, détruits ; sur la paroi des vaisseaux se voient des cellules allongées avec un nucléole entouré de molécules, sous forme de poussière ; cellule et nucléole grossissent, deviennent opaques, irréguliers ; le protoplasma se transforme en masse granulo-graisseuse ; puis, une

quantité de corps granuleux viennent recouvrir ce qui reste du vaisseau.

Un travail analogue se passe au sein des autres éléments. Les corps granuleux sont une phase de l'évolution subie par le tissu nerveux, condamné à être détruit. Tous les éléments cellulaires ou nucléaires, qui se rencontrent dans le domaine des parties médullaires ou cérébrales, étant privés subitement ou lentement de leur nutrition par une embolie, se transforment en corps granuleux, et les éléments protoplasmiques qui entourent les noyaux se décomposent en une masse diffuse, granulo-graisseuse ; des changements chimiques s'opèrent également : l'apparence granuleuse est seulement la forme visible de la mort physiologique. Le corps granuleux qui apparaît dans l'intérieur d'un foyer a une existence très-courte ; il se détruit, se convertit en un liquide émulsionné, qu'on rencontre souvent dans les foyers à titre de résidu. Les corps granuleux du voisinage persistent plus longtemps, mais disparaissent également ; le tout est repris par la puissance de résorption que possèdent les tissus conservés et les vaisseaux du voisinage. Cette transformation granulo-graisseuse des éléments nerveux n'est pas seulement le fait de l'embolie, on l'a indiquée comme résultat de lésions très-différentes ; Virchow (1), dans l'encéphalite congénitale ; M. Hayem (2), dans les différentes formes d'encéphalité. A l'occasion de l'encéphalite suppurative, ce dernier a écrit :

« La transformation rapide du pus cérébral en matière caséeuse nous paraît être, d'après nos propres études et les faits qu'on a pu lire dans les auteurs, une règle presque générale. La richesse des matières grasses de la substance nerveuse qui se détruit est peut-être une des causes importantes de cette particularité. »

Le mémoire de Huguenin est clair, net, un peu trop sobre de développements. Lui-même reconnaîtra l'utilité d'explications ultérieures, pour établir dans toute son étendue la thèse qu'il soutient. Certains points sont indiqués par lui comme ayant un caractère de vraisemblance plutôt que de vérité démontrée. Des dessins annexés au texte viennent faciliter l'interprétation. BOUCHEREAU.

TRAVAUX A CONSULTER.

Manuel d'histologie pathologique, par V. CORNIL et L. RANVIER. (2e *partie, Paris, G. Baillière,* 1872.)

Cette seconde partie comprend les maladies des systèmes et des tissus. On y trouve la description des lésions des os, des articulations,

(1) *Virchow's Arch., janv.* 1867.

(2) *Hayem. Thèse de Paris,* 1868.

du tissu conjonctif et des cavités séreuses, du tissu musculaire, du sang, des divers tissus du cœur, des artères, capillaires, veines, lymphatiques, du tissu et du système nerveux.

Ce n'est pas là, comme bien des livres d'anatomie pathologique faits à l'étranger, un court résumé des notions les plus élémentaires, une compilation plus ou moins complète ; c'est un livre original. On y peut lire, présenté d'une manière concise, l'ensemble des travaux déjà nombreux faits par les auteurs, et un exposé de leurs vues sur les principales questions que soulève l'étude longue et difficile de l'anatomie pathologique.

A cet égard, nous signalerons particulièrement le chapitre des lésions osseuses qui contient les travaux de M. Ranvier sur cette question. De même, dans le tableau des altérations du tissu conjonctif et des cavités séreuses, on voit l'application, à l'histologie pathologique, de la description anatomique nouvelle que M. Ranvier a donnée du tissu conjonctif. Ailleurs, on reconnaît le résumé des travaux de M. Cornil; l'article *Varices*, par exemple, est rédigé d'après un mémoire dont nous avons donné plus haut l'analyse.

Ce petit livre a donc un intérêt plus grand que ne semble le comporter son titre; mais on comprend qu'il nous serait impossible d'en faire un compte rendu détaillé.

Nous nous bornerons donc à en recommander l'étude; nous croyons seulement, qu'à cause de ses qualités même, il ne soit ni assez élémentaire, ni d'une lecture suffisamment facile pour les commençants.

Étude micrographique des métamorphoses graisseuses; dégénérescence et infiltration, par M. le Dr K. LEDEGANK. (*Presse médicale belge*, n° 45.)

L'auteur établit des différences capitales entre l'infiltration et la dégénérescence graisseuse. Dans celle-ci, où la graisse se produit aux dépens des matériaux mêmes de la cellule qui se détruit, l'altération cellulaire est graduelle, mais toujours *définitive*, tandis que, dans l'infiltration où la substance graisseuse venue du dehors n'est qu'un élément surajouté au contenu normal de la cellule, l'altération est toujours *passagère* et se termine ordinairement par le retour à la forme normale. Il en résulte que dans l'une, le fonctionnement des cellules est irrévocablement aboli, tandis qu'il n'est que momentanément entravé dans l'autre. Enfin, dans la dégénérescence, la substance graisseuse se présente sous forme de gouttelettes dans un état de division presque moléculaire; dans l'infiltration, elle se présente sous la forme d'une gouttelette unique, souvent aussi grosse que la cavité de la cellule. Rarement on observe deux ou trois grosses gouttelettes distinctes. H. H.

Des lésions vasculaires dans la tuberculose, par L. THAON, interne des hôpitaux de Paris. (*Mouv. méd.*, n° 21, 23 *nov.* 1872, *p.* 211.)

Ces lésions se retrouvent dans les tuniques du vaisseau, dans la lumière, dans une certaine zone autour des foyers tuberculeux. L'adventice se transforme en tissu de granulation : la tunique moyenne disparaît par atrophie, ou bien les fibres cellules se fragmentent, et cha-

que fragment donne lieu à une cellule embryonnaire ; la tunique interne disparaît par atrophie, ou bien bourgeonne et le vaisseau s'oblitère. La coagulation du sang est constante ; les leucocytes accolés à la paroi vasculaire et cette paroi ont été pris pour des éléments anatomiques et décrits sous le nom de cellules gigantesques par E. Wagner. Le sang arrêté dans sa circulation passe dans des vaisseaux qui se creusent dans le tissu fibreux de nouvelle formation, qui se forme autour des granulations et des îlots caséeux. Les conclusions de ce travail intéressant sont les suivantes : 1° l'oblitération des vaisseaux est un fait constant dans la tuberculose; 2° cette oblitération se fait par coagulation sanguine ou par endartérite végétante; 3° de nouveaux vaisseaux se forment souvent au voisinage. J. C.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, par P. COYNE, interne des hôpitaux de Paris. (*Mouvem. méd.*, *n°* 15, 12 *oct.* 1872, *p.* 141.)

La tumeur siégeait à la partie descendante de la crosse; enveloppée par du tissu pulmonaire modifié, elle n'avait pu être diagnostiquée pendant la vie. La perforation s'est faite à travers cette couche de tissu pulmonaire dans la plèvre, a amené tous les signes d'un pneumo-thorax, puis d'un hydro-pneumo-thorax, enfin d'un épanchement pleural très-abondant. La mort n'est survenue que trois jours après le premier accident grave. J. C.

De la myocardite et de l'endocardite dans la diphtérite, dans l'angine couenneuse et dans le croup, par M. BOUCHUT. (*Gazette des hôpitaux*, *n*os *des* 8 *et* 10 *octobre* 1872.)

L'auteur a fait ces recherches avec M. Labadie-Lagrave. Ce travail renferme deux observations recueillies par ce dernier dans le service de M. Bouchut. En voici le résumé :

Observation Ire. — Croup. — Angine couenneuse. — Trachéotomie pratiquée au cinquième jour. — Mort au septième jour. — Endocardite valvulaire mitrale et tricuspide. — Thrombose cardiaque. — Infarctus cutanés.

Observation IIe. — Angine couenneuse et gangréneuse. — Diphtérite. — Leucocytose. — Lésions cardiaques : endocardite végétante légère, myocardite avec extravasions sanguines capillaires, thrombose cardiaque. —Thromboses veineuses multiples (veine-porte, veines méningées, lésions de la dure-mère). — Infarctus cutanés. — Mort d'infection diphtéritique.

Voici les conclusions de MM. Bouchut et Labadie-Lagrave :

Dans l'angine couenneuse, dans le croup, dans la diphtérite et dans plusieurs maladies septiques, que nous ferons connaître plus tard, il se fait très-rapidement de l'endocardite et de la myocardite.

Cette endocardite, qui est à la fois valvulaire et pariétale et dont l'histologie révèle la nature proliférante, s'accompagne de dépôts fibrineux sur les parois malades et de gros coagulums ventriculaires.

Les dépôts fibrineux adhérents aux valvules malades peuvent se détacher et être entraînés par le sang dans l'aorte ou dans l'artère pulmonaire et former des embolies.

Ces embolies déterminent des infarctus du poumon, suivis d'abcès métastatiques, des infarctus sous-cutanés avec ou sans abcès consécutifs, et des infarctus du cerveau pouvant produire le ramollissement cérébral.

A. J.

Ueber Sarcome mit endothelialen Zellen, nebst Bemerkungen über die Stellung der Sarcome zu den Carcinomen (Des sarcômes à cellules endothéliales et de la relation entre les sarcômes et les carcinômes), par le professeur T. NEUMANN de Kœnigsberg (Prusse). (*Archiv der Heilkunde, Leipzig, sept.* 1872.)

L'auteur a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des néoplasmes, que le premier aspect sous le microscope tendait à faire considérer comme composés de cellules fusiformes; mais une étude attentive lui a permis de reconnaître que ces cellules ont la forme de plaques très-minces qui, couchées de champ et s'offrant à la vue par leur bord, n'ont des cellules fusiformes que l'aspect. A l'examen attentif elles ressemblent à s'y méprendre à l'épithélium vasculaire.

La description des deux premiers faits qu'il a recueillis est conforme à celles faites par MM. Robin, Cornil, Ranvier et Golgi, etc.; sauf quelques points de peu d'importance, il tombe d'accord avec ces observateurs.

Le troisième cas a trait à une tumeur du cerveau sur une jeune fille de 21 ans. L'examen microscopique fait après macération dans une solution d'acide chromique, permet de reconnaître deux groupes de cellules ; les unes se présentent comme des cellules granulées, arrondies, ressemblant à des corpuscules de lymphe ; leur noyau est à peine entouré de protoplasme granuleux, il est arrondi, quelquefois divisé, sans mucléole distinct; le second groupe de cellules correspond exactement aux éléments endothéliaux des deux premières observations. L'auteur rapproche ce cas des tumeurs décrites par M. Robin sous le nom d'épithéliome de l'arachnoïde. L'auteur convient de la grande analogie de ces tumeurs avec les carcinômes dont cependant, suivant lui, il faut les distinguer. Il est d'accord sur ce point avec Billroth, qui pense « qu'il faut renoncer à considérer comme caractère spécifique du carcinôme, la structure alvéolaire ou réticulaire d'une tumeur formée de tissus conjonctifs. » Il ne partage pas, par contre, l'opinion de Billroth et Waldeyer qui distinguent, en se fondant sur leur mode d'évolution, les tumeurs alvéolaires provenant de tissu conjonctif sous le nom de sarcôme alvéolaire, de celles d'origine épithéliale ; ces dernières étant pour eux de véritables cancers. Il trouve que cette distinction est fondée « sur un principe inadmissible. »

M. KRISHABER.

Myxôme du foie, par MM. J. CORNIL et CAZALIS. (*Soc. de biologie,* 10 *février* 1872; *Gazette médic.*, 2 *novembre* 1872.)

Il s'agit d'une tumeur développée chez un enfant de 8 mois dans l'intérieur même du foie, ayant refoulé le tissu de cet organe, et faisant une saillie considérable dans l'abdomen qui était rempli en grande partie, du côté droit, par le myxôme.

Le foie descend à droite jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui passe-

rait par l'ombilic et se continue directement avec la tumeur qui, refoulant les intestins dans le flanc gauche, descend elle-même jusque derrière le pubis.

Le foie et la tumeur pèsent ensemble 2,590. gr.

La tumeur n'adhère qu'au lobe droit. La vésicule biliaire est libre ainsi que la veine porte.

Une section verticale du foie et de la tumeur montre que celle-ci est coiffée par le tissu hépatique, et que la capsule de Glisson se continue sur la tumeur dont on ne peut la détacher.

Le tissu fondamental de cette production a l'aspect du tissu colloïde, la consistance d'une gelée solide, une coloration jaune transparente. La coupe est nette. — Les vaisseaux sont peu nombreux ; mais quelques-uns ont un calibre important.

Cette tumeur est criblée de cavités arrondies : deux ont le volume d'une petite orange, les autres varient du volume d'un abricot à celui d'un pois. Ces cavités sont remplies par un liquide se coagulant spontanément par la chaleur et par l'acide nitrique.

Le tissu de la tumeur se composait de fibres fines et rares, circonscrivant des alvéoles remplis d'un liquide renfermant des globules de pus et des cellules irrégulières, volumineuses, à longs prolongements, ayant un ou plusieurs noyaux et quantité de granulations graisseuses. Les cavités alvéolaires ne sont pas tapissées d'éphithélium.

Renseignements cliniques. — Le père et la mère de cette petite enfant n'ont pas eu la syphilis. — A la naissance, le ventre était bien conformé. — L'enfant fut mise en nourrice; mais, au bout de cinq mois, l'enfant très-mal soignée, élevée, non pas au sein, mais au biberon, était dans un état de maigreur extrême. Son ventre était très-volumineux.

La matité était limitée au côté droit. — Tout le côté gauche était sonore.

Le ventre augmenta assez rapidement, les veines sous-cutanées abdominales étaient sinueuses et dilatées. Il existait une certaine dyspnée sans râles pulmonaires.

Il n'y eut pas d'ascite ; l'enfant devint de plus en plus faible et mourut de broncho-pneumonie. A. J.

De l'inoculation cancéreuse (Expér. nouvelles), par le Dr J. HYVERT. (*Montpellier*, 1872.)

Ces expériences ont consisté en des tentatives de greffes, sur des lapins, de diverses tumeurs enlevées sur l'homme.

Malgré les excellentes conditions de succès dans lesquelles elles ont été faites — tumeurs jeunes, insertion immédiate sous la peau de l'animal, soins consécutifs — les résultats ont été constamment négatifs.

L'auteur en conclut que le cancer, comme l'admettent aujourd'hui la plupart des cliniciens, est bien une maladie générale. Pour que l'inoculation réussisse, il faut que l'état général existe, les conditions d'irritation locale ne suffisent pas.

Comme preuve, il cite les généralisations cancéreuses sur le malade lui-même, généralisations qui, dans quelques cas, sont dues à des embolies, c'est-à-dire à de véritables greffes, et deux observations intéressantes dans lesquelles le cancer fut inoculé au malade, grâce à quelques particularités spéciales du manuel opératoire.

Note sur une tumeur kystique du conduit audosif externe, par J. RENAUT. *(Arch. de phys., n° 6, 1872, p. 762.)*

Cette petite tumeur implantée sur la paroi même du conduit auditif externe avait le volume d'une noisette et obturait complétement le conduit auditif. Enlevée par M. Cusco par torsion du pédicule, elle fut examinée avec beaucoup de soin par l'auteur.

Elle était formée par un *fibro-sarcome* creusé de petites cavités revêtues d'épithélium cylindrique cilié. M. Renaut a pu suivre très-exactement le développement de ces cavités kystiques. Il pense qu'elles se sont développées profondément par petits îlots de tissu embryonnaire. D'après lui, en s'agrandissant, ces îlots se tapissent d'une couche d'épithélium à cils vibratiles, puis ils deviennent globuleux et se remplissent de mucine, en même temps que quelques-unes des cellules se transforment en éléments caliciformes. En terminant, il fait remarquer que le processus est tout à fait différent de celui qui a été admis par Wilson Fox. Cet auteur soutient, en effet, que les kystes secondaires se forment par soudure des papilles et par une sorte de séquestration de l'épithélium.

Caso singolare di microcefalia (Cas singulier de microcéphalie), note du docteur ADRIANI. *(Lo Sperimentale Florence, fasc. 10., octobre 1872.)*

Il s'agit d'une femme microcéphale depuis sa naissance, morte à l'âge de quarante-deux ans.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin. Les recherches ont surtout porté sur la forme, les dimensions, la capacité, la texture du crâne et du cerveau.

Ce travail est accompagné d'une figure représentant la coupe verticale du crâne et de la face, avec l'indication de diverses dimensions crânio-faciales.

Le sujet microcéphale dont il est question avait une taille de 1 mètre et 32 centimètres et pesait 20 kilogrammes et demi. Toutes les parties, hors la tête, étaient proportionnées au reste du corps.

C'est un cas remarquable par l'extrême petitesse du crâne, le poids minime du cerveau, l'organisation nerveuse avancée et le développement de l'intelligence, relativement aux cas les plus importants de microcéphalie publiés jusqu'à ce jour. B.

Double central canal in part of an otherwise normal spinal cord (Double canal central dans une moelle d'ailleurs saine), par E.-C. SEGUIN. *(The American Journal of the med. sciences, octobre 1872.)*

Sur la moelle d'un homme mort de paralysie générale des aliénés, Seguin trouva dans la portion cervicale deux canaux très-distincts remplis tous deux d'épithélium, et séparés par des cellules analogues à celles qu'on trouve, en général, autour du canal central. Dans la portion dorsale on retrouvait des traces de deux canaux, mais d'une façon très-confuse.

A. SEVESTRE.

Versuche über das Ueberziehen der Thiere mit Substanzen, welche die Hautperspiration verhindern (Recherches sur les effets produits chez les animaux par l'application d'un enduit diminuant la perspiration cutanée), par N. SOCOLOFF. (Communicat. préalable. *Centralbl., p.* 689, *oct.* 1872.)

Ces recherches entreprises dans le laboratoire du professeur Botkin de Saint-Pétersbourg ont donné jusqu'à présent les résultats suivants :

1° Quelques heures avant la mort les animaux présentent des convulsions cloniques et tétaniques dans divers groupes musculaires, pendant que la température rectale s'abaisse d'un manière notable ;

2° L'enveloppement des animaux avec de l'ouate ne produit pas une élévation marquée de température dans le rectum et ne retarde pas la mort des animaux recouverts d'un vernis;

3° La respiration d'oxygène ne sauve pas ces animaux de la mort.

4° Dans l'estomac on observe des ulcères consécutifs à de profondes extravasations sanguines;

5° L'application d'un enduit sur la peau est rapidement suivie d'albuminurie;

6° On trouve constamment une inflammation parenchymateuse diffuse des reins, quelle que soit la substance employée pour enduire la peau, soit vernis, bitume, asphalte dissous dans la térébenthine, ou substances indifférentes : colle, gomme arabique. (Cette communication a été également publiée dans le 4e vol. des arch. de Botkin.)

Ueber die Beziehungen zwischen Lupus, Scrofulose und Tuberculose (Sur les rapports entre...) par le Dr C. FRIEDLÆNDER in Halle. (Comm. préalable. *Ctb. f. d. m. Wiss., p.* 673, 1872.)

Le lupus a été jusqu'à présent regardé, soit comme un tissu analogue aux bourgeons charnus (Virchow), soit comme un adénome des glandes de la peau (Rindfleisch). L'auteur, en étudiant des parties extirpées, dans des cas de lupus à forme tantôt exfoliative, tantôt hypertrophique, a obtenu les résultats suivants :

1° Le tissu du lupus appartient à la série des tissus conjonctifs, c'est-à-dire qu'il est composé de cellules comprises dans une substance intercellulaire;

2° Les éléments cellulaires se présentent sous trois formes. A : petites cellules rondes avec une quantité de protoplasma peu abondante, relativement à la grosseur du noyau; B : cellules environ quatre fois plus volumineuses, à noyau relativement petit et clair et à protoplasma se colorant par le carmin; C : cellules gigantesques avec très-nombreux noyaux, la plupart périphériques. Il existe entre ces éléments des formes intermédiaires. Malgré l'irrégularité habituelle de la disposition des cellules, les petites sont plus nombreuses à la périphérie des tubercules du lupus et les grandes au centre.

L'auteur, en rapprochant cette étude anatomique des résultats obtenus relativement à la structure des produits scrofuleux et tuberculeux, émet, sans les développer, les vues suivantes :

1° On pourrait établir une relation très-étroite entre la scrofulose et la tuberculose;

2° Les produits du lupus ont de grandes analogies de structure avec les lésions scrofulo-tuberculeuses ; et, de plus, on rencontre en même temps que le lupus des engorgements et des casséifications des ganglions lymphatiques, qui démontrent anatomiquement la parenté du lupus et de la scrofule (recherches clin. du professeur Volkmann). — Cette courte communication, reproduite ici presque intégralement, n'est qu'une confirmation des opinions des auteurs français et en particulier de celle de M. Bazin, qui depuis longtemps n'admet que deux espèces de lupus : le scrofuleux et le syphilitique.

Mikroskopische und kritische Studien über die niederen pflanzlichen Organismen aus dem Choleradarme nebst einzelnen Experimenten und Bemerkungen in Bezug auf die diesen Organismen überhaupt zugeschriebenen Veränderungen (Études microscopiques et critiques sur les organismes végétaux inférieurs qui se trouvent dans l'intestin des cholériques, avec quelques expériences et remarques au sujet des modifications qui leur ont été attribuées), par le Dr Eduard KYBER. (*Dorpater medicinische Zeitschrift, t. III*, 1872.)

L'auteur démontre que les organismes appelés champignons du choléra par Hallier (*Das Choleracontagium. Leipzig* 1867 *p.* 8), et désignés sous les dénominations de *micrococcus* et de bactéries, ne sont pas propres à cette affection. Déjà de Barey (*Botanische Zeitung*, 1868) avait déclaré que ces micrococcus n'étaient autre chose que des produits de moisissure ou de putréfaction. L'auteur va plus loin ; pour lui, le prétendu micrococcus du choléra n'est pas un organisme vivant, il ne se reproduit pas au contact d'un milieu fermentant. Les *bactéries* sont, pour la plupart, des larves d'entozoaires qui se présentent en plus grande quantité dans d'autres diarrhées que dans le choléra. Ainsi, comme le constatent un grand nombre d'observations et d'expériences, ces éléments, loin d'être propres aux déjections cholériques, appartiennent, et souvent en plus grand nombre, à toutes les diarrhées et à toutes les matières dont la décomposition est rapide. T. K.

Anatomie pathologique des moignons anciens, par J. PIHET. (*Thèse pour le doctorat. Paris*, 1872, *in*-4°, 124 *p.*)

Ce travail présente une étude méthodique et complète de la question. Il repose sur un ensemble de *cinquante-trois* observations dont huit inédites. On y trouve des indications bibliographiques nombreuses et un aperçu historique des publications antérieures.

L'auteur étudie successivement : 1° l'anatomie pathologique du moignon; 2° l'anatomie pathologique des parties voisines; 3° l'anatomie pathologique des parties éloignées du moignon. E. D.

Pied bot varus congénital double ; examen de la moelle épinière, par MM. COYNE et TROISIER. (*Arch. de phys., sept.-oct.* 1872, *p.* 655.)

Le sujet était âgé d'environ 40 ans. Après un examen très-attentif, on n'a trouvé qu'une atrophie simple des fibres musculaires avec hypertro-

phie du tissu adipeux interstitiel. Les nerfs et la moelle épinière étaient parfaitement sains. Ce cas rentre donc dans les pieds bots congénitaux proprement dits ou primitifs, c'est-à-dire dus à une anomalie de développement des extrémités (Robin-Broca). A ce propos, les auteurs rappellent que M. Michaud a démontré dernièrement l'existence d'une autre variété de pieds bots, dans laquelle on trouve une lésion congénitale de la moelle épinière. (*Arch. de phys.*, 1870-71, p. 586.)

Petite exostose du rocher dissociant les fibres du ganglion de Gasser et accompagnée de névralgie faciale, par M. V. CHOUPPE. (*Arch. de phys., sept.-oct. 1872, p.* 658.)

Chez un homme de 70 ans, qui souffrait depuis environ 7 ans d'une névralgie trifaciale d'une intensité considérable, on a trouvé les particularités anatomiques suivantes :

Du côté droit (celui de la névralgie) la crête du rocher présente une petite tumeur osseuse qui, à la façon d'une petite dent, traverse les fibres du trijumeau au moment où elles s'épanouissent pour former le ganglion de Gasser. L'examen histologique de cette pointe osseuse montre qu'elle est constituée par du tissu compacte très-dense, riche en ostéoplastes.

(Le nerf n'a pas été étudié au microscope. Il aurait été intéressant de savoir si une irritation de ce genre, datant de plusieurs années, y avait déterminé quelque altération appréciable.)

Zur Kenntniss der ersten Wege der Congestions-Abcesse (Sur la détermination des premiers trajets suivis par les abcès par congestion), par le Dr O. SOLTMANN. (Comm. préalable. *Centralbl., p.* 657, 5 *oct.* 1872.)

L'auteur avait pour but de déterminer, à l'aide de recherches anatomiques expérimentales, les premières voies par lesquelles se fait l'extension des abcès rétro-pharyngiens, médiastinaux et iliaques dans la spondilarthrocace des enfants. A cet effet, il se servit d'injections gélatineuses poussées, sous des pressions variables, à l'aide de l'appareil à mercure de Hering. Les résultats que ce moyen lui a permis d'obtenir confirment presque complétement les notions précises et bien connues que l'on possède depuis longtemps sur ce point, et qui sont dues surtout aux recherches anatomo-pathologiques de M. Bouvier.

Vorstellung eines Hermaphroditen nach einem in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 6 November 1872 gehaltenen Vortrage (Présentation d'un hermaphrodite, à la séance du 6 novembre 1872, de la société médicale de Berlin), par le prof. VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 *décembre* 1872.)

Il s'agit d'un cas d'hermaphrodisme latéral qui a été examiné successivement par Friedreich, Kölliker, de Recklinghausen, Krause, etc. Cet individu a déjà été l'occasion d'un travail de Friedreich dans les *Archives*

de Virchow (1869). — Virchow termine sa communication en faisant remarquer que le sujet présente un arrêt de développement dans toute la moitié gauche de son corps. B.

The presence of an encysted echynorhynchus in man, par F. WEELCH. (*Lancet.*, 16 *nov.* 1872.)

Le sujet de l'observation est un soldat ayant séjourné longtemps dans l'Inde et qui est venu mourir d'une affection chronique en Angleterre. On trouva, à l'autopsie, dans le jéjunum et sous la muqueuse, enveloppé dans une couche de tissu transparent, un ver de très-petite dimension, ayant la forme d'un rein. L'examen microscopique de ce ver a montré à quelle variété il appartenait; rien dans la vie n'avait pu faire supposer sa présence.

A. G.

Braune Induration mit coupöser Entzündung der Lunge (Induration brune avec inflammation croupale du poumon), par le doct. K. KŒSTER. (*Archiv. fur path. Anatomie und Phys.*, *t.* 55, *p.* 455, 1872.)

L'auteur a examiné un poumon fortement pigmenté et en état d'inflammation croupale; il a été frappé de la différence de distribution du pigment dans les points intacts et dans les points enflammés.

Dans les points intacts, le tissu conjonctif interalvéolaire est rempli de grains pigmentaires, tandis que, dans les points enflammés, ce même tissu interalvéolaire en contient très-peu, tandis que l'intérieur des alvéoles en est rempli.

L'auteur conclut à une migration du pigment dans l'alvéole par le fait même de la pneumonie. Puis il discute l'origine du pigment intra-alvéolaire.

Rindfleisch n'hésite pas à le faire venir des cellules conjonctives profondes par immigration intra-alvéolaire. Peut-être aussi peut-on accepter avec Virchow, qu'une partie a été apportée par les cellules épithéliales détachées, surtout si l'on accepte, avec *Langhans*, la rapide formation des granulations pigmentaires. GRANCHER.

Zur Lehre von der Granulationen oder vom Akestom (Étude des granulations inflammatoires ou de l'akestome), par Jacob HEIBERG de Christiania. (*Archiv. f. path. Anatomie und Phys.*, *t.* 55, *p.* 257, 1872.)

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée du travail de l'auteur, que de lui emprunter ses conclusions:

« Toute perte de substance dans un tissu est comblée par un tissu nouveau embryonnaire et bientôt recouvert d'épithélium; cette néoformation peut s'appeler *akestome*, du grec ακειστειν, réparer (1).

« L'état de l'akestome ne peut fournir aucune conclusion certaine pour le pronostic de la maladie.

« Aussi longtemps que l'akestome n'est point recouvert d'épithélium, des cellules rondes le traversent, arrivent à sa surface et forment du pus.

(1) Il est bon de faire remarquer que le mot grec dont se sert l'auteur allemand est pour le moins incorrect.

« Ce tissu de l'akestome est sujet à un certain nombre de maladies : l'hypérémie, l'anémie, l'hémorrhagie, l'hyperplasie, l'aplasie, l'œdème, les abcès, la coagulation du pus et la nécrose.

« Quand la nécrose gagne au loin, elle porte le nom de nécrose serpigineuse, de gangrène, de pourriture d'hôpital.

« La destruction de l'akestome précède la gangrène, de même que la blessure de la peau précède la contagion du chancre et d'autres ulcères.

« Il faut renoncer aux mots de croup et de diphthérie appliqués aux altérations de l'akestome.

« Dans les points où l'on pourrait redouter un ulcère, un érysipèle, ou la gangrène, il faut éviter avec soin de blesser l'akestome, car ces affections pourraient envahir son tissu par cette porte d'entrée. »

GRANCHER.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Heaviest recorded brain (Poids excessif d'un cerveau), par James Morris. (*Brit. med. Journ.*, 26 *oct.* 1872, *II*, *p.* 465.)

Description of the brain of an idiot (Description du cerveau d'un idiot). S. Messenger-Bradley. (*The Journal of Anatomy and Physiology conducted, by Humphrey and Turner, november* 1871.).

Enormous brain in a boy (Cerveau énorme chez un jeune garçon). Middlesex-Hosp. (*British med. Journ.*, 19 *oct.* 1872, p. 446.)

Studi intorno la macrocefalia da idrocefalo (Étude sur la macrocéphalie par hydrocéphale), par Verardini. — Bologne, 1872.

Ueber Ectasien der Lymphgefässe des Gehirnes (Sur les dilatations des vaisseaux lymphatiques du cerveau). Heinrich Obersteiner. (*Virchow's Arch.*, t. 55, p. p. 318.)

I mostri doppi. Memoria letta all'Istituto Lombardo (Les monstres doubles. Mémoire lu à l'Institut lombard), par Sangalli. Milan, 1872.

Ectopie du cœur et bec-de-lièvre double chez un fœtus qui vécut dix minutes. — Dr Fitz. (*Suffolk district med. soc. reported in Boston Med. Surg. Journ.*, *t. X*, *p.* 251, *oct.* 1872.)

Die Genesis der acuten und chronischen Entzündung (De la genèse de l'inflammation aiguë et chronique). S. Samuel. (*Virchow's Arch.*, t. LV, p. 380.)

Bemerkungen zur Lehre von der Entwickelung der Carcinome, nebst Beobachtungen über die spontane Bewegungsfähigkeii von Geschwulstzellen (Étude sur le développement du cancer d'après des recherches sur les mouvements spontanés des cellules qui composent les tumeurs). William-H. Carmalt de New-York. (*Virchow's Arch.*, t. LV, p. 481.)

A case of an aneurismal tumour of the aorta forming in the walls of the left ventricle of the heart, by Alb. Gore. (*Lancet*, 2 *november* 1872.)

Aneurysma dissecans der Bauchaorta mit lethaler Berstung zwischen die Mesocolonblætter des Colon descendens (Anévrysme disséquant de l'aorte abdominale, rupture entre les feuillets du mésocolon descendant), von Dr Robert Bahrdt. (*Archiv der Heilkunde*, *Leipzig*, 1872.)

Fibro-cartilaginous tumours growing from the heart), par le Dr Kelly. Pièces présentées à la Société pathologique de Londres. (*Brit. med. Journ.*, 26 *octobre* 1872.)

Absence of the uterus after frequent pregnancies (Absence de l'utérus après des grossesses fréquentes), par Lawson-Tait, Percy Boulton. (*Brit. med. Journ.*, 26 *oct.* 1872, *II*, *p.* 465.)

A case of double vagina and uterus, by Dr Edgerly. (*The Boston Med. and Surg. Journal*, *oct.* 1872, *t. X*, *p.* 280.)

Case of double uterus, par J. Harris Ross. (*The Lancet*, 7 *déc.* 1872, *II*, *p.* 831.)

Ueber die Veränderungen welche die Magenschleimhaut durch die Einverleibung von Alkohol und Phosphor in den Magen erleidet (Sur les altérations produites dans la muqueuse stomacale par l'injection de l'alcool ou du phosphore). Wilhelm Ebstein. (*Virchow's Arch.*, t. LV, p. 469.)

Fall von primæren Carcinoma hepatis bei einem neunjæhrigen Mædchen (Cancer primitif du foie chez une enfant de 9 ans), par Kottmann. (*Corresp. Blatt für schweizer. Aerzte*, 1er *novembre* 1872.)

Ueber Nephritis diphteritica. Ludwig Letzerich. (*Vircohw's Arch.*, t. LV, p. 324.)

Diseased suprarenal capsules. Dr Wilks. (*Brit. med. Journal*, 26 *oct.* 1872.) Le Dr Wilks présente les capsules surrénales d'un individu mort de la maladie d'Addison; ces capsules étaient lésées. (*Société pathologique de Londres.*)

Ueber die histologischen Vorgänge in durchschnittenen Nerven (Sur les lésions histologiques dans les nerfs sectionnés). Berthold Benecke. (*Virchow's Arch.*, t. LV, p. 496.)

Beschreibung einer Nearthrose im Ellenbogengelenk als Folge einer nicht eingerichteten Luxation (Description d'une énarthrose du coude consécutive à une luxation non réduite). Heilberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 *oct.* 1872.)

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

ANALYSES.

Ueber die Anchylostomen Krankheit, tropische Chlorose oder tropische Hypoæmie (Anémie intertropicale), par O. WUCHERER. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 10e *vol.*, *sept.* 1872, *p.* 378.)

L'auteur étudie de nouveau cette forme toute spéciale d'anémie qui a reçu tour à tour les noms de cachexia africana, anémie intestinale, chlorose d'Égypte, mal d'estomac des nègres, geophagia, cachexie aqueuse (1), etc. Cette maladie sévit exclusivement dans les pays chauds. En 1864, Griesinger a émis l'opinion qu'elle était liée à la présence, dans l'intestin grêle, d'une grande quantité d'anchylostomes, vers de l'ordre des Nématoïdes. Cette manière de voir a été confirmée en 1865 par l'auteur, et depuis par divers pathologistes. Wucherer, résidant à Bahia, a vu passer sous ses yeux un certain nombre de cas de cette affection. D'après ses observations, elle frappe surtout les nègres, mais les Européens ne sont nullement, comme on l'a soutenu, à l'abri de ses atteintes ; la maladie est rare dans les grandes villes, moins fréquente chez la femme que chez l'homme ; la profession de cultivateur constitue une véritable prédisposition. Le début est toujours lent et insidieux ; les individus affectés sentent peu à peu leurs forces diminuer ; bientôt ils ne peuvent plus travailler, leurs téguments se décolorent, leurs digestions deviennent pénibles, leur langue pâlit ; le regard prend une expression de langueur toute particulière, la température s'abaisse, les malades recherchent la chaleur ; plus tard, apparaissent des suffusions séreuses ; l'œdème n'est d'abord appréciable que passagèrement aux paupières et aux malléoles, mais peu à peu il devient permanent en même temps qu'il s'accroît en étendue ; il est habituellement plus prononcé à la face et aux extrémités ; il n'est pas rare qu'il envahisse le scrotum ; puis survient une dyspnée croissante qui finit par jeter le malade dans un état d'angoisse des plus pénibles : le pouls augmente de fréquence ; au moindre effort il se produit des palpitations, des douleurs précordiales, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, des éblouissements ; on entend, au cœur et

(1) Leroy de Méricourt, article CACHEXIE AQUEUSE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

dans les vaisseaux, les bruits caractéristiques de l'anémie ; les malades recherchent la solitude ; leur caractère change, leur goût s'altère et souvent ils sont affectés d'une malacie qui peut atteindre le degré le plus extrême ; ils mangent de la laine, des étoffes, du plâtre, du charbon, de la terre, etc. (d'où les noms de geophagia, allotriophagia) ; le plus souvent les femmes cessent d'avoir leurs règles ; si elles ont des enfants, ils naissent malades et semblent atteints du rachitisme (?) ; l'urine pâle, abondante, a sa densité normale, elle ne contient pas d'albumine; souvent des douleurs se font sentir soit dans la tête, soit dans les extrémités, des épanchements envahissent les grandes séreuses ; le ventre se météorise ; dans la dernière période de la maladie, la constipation fait place à une diarrhée colliquative (1) ; les malades succombent dans le coma ou au milieu de phénomènes asphyxiques.

C'est à tort que l'on a admis, dans certains cas, un début brusque, ou même fébrile; la maladie est toujours apyrétique, à moins de complications.

En résumé, tous les symptômes que l'on observe peuvent être mis sur le compte de l'anémie.

A l'autopsie, on est frappé de la décoloration des tissus ; la muqueuse intestinale est épaissie et ramollie; très-souvent l'intestin grêle est rétréci par places au point de pouvoir à peine donner passage à un doigt ; sa surface interne présente un grand nombre de taches ; elle est recouverte à leur niveau de mucus sanguinolent et l'on y voit en outre une grande quantité de petits vers (anchylostomes) dont la tête est fortement attachée à la muqueuse entre les valvules conniventes ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés.

L'anémie intertropicale ne peut guère être confondue qu'avec la chlorose et la cachexie paludéenne.

La chlorose est rare dans les pays chauds ; quant à la cachexie paludéenne, les altérations du foie et de la rate suffisent généralement à la faire reconnaître.

Après avoir ainsi donné la description sommaire de la maladie, l'auteur cherche à établir par quelle voie l'anchylostome pénètre dans l'organisme; les recherches de Leuckart sur le développement d'un nématoïde très-voisin de l'anchylostome, le dochmius trigonocephalus, lui paraissent de nature à éclairer la question. Chez le chien, ce parasite habite l'intestin ; ses œufs expulsés avec les matières fécales se développent dans la terre humide et forment bientôt de petites larves ; ces larves vivent dans les eaux bourbeuses ; si elles sont avalées par un chien, elles passent, dans son intestin; à un plus haut degré de développement le dochmius trigonocéphale se trouve reproduit. Wucherer pense que la même série de phénomènes doit se succéder pour l'anchylostome hu-

(1) Leroy de Méricourt dans son excellent article émet une opinion contraire.

main; des larves seraient introduites dans l'organisme avec les eaux d'alimentation et, trouvant dans l'intestin grêle un milieu favorable à leur développement, elles y subiraient leur transformation en vers nématoïdes. Moura, qui a interrogé à ce point de vue tous ses malades, a obtenu de tous l'aveu qu'ils avaient bu de l'eau stagnante.

Jamais on n'a pu trouver les anchylostomes ni leurs œufs dans les selles des malades.

Les médicaments qui ont eu le plus de succès contre cette maladie sont des sucs de plantes considérés comme antihelmintiques et particulièrement celui du ficus doliaria.

H. HALLOPEAU.

Ueber Blutungen im Nierenbecken und Ureteren bei Pocken (Des hémorragies du bassinet et des uretères dans la variole), par le Dr Oscar UNRUH, de Dresde. (*Archiv für Heilkunde, sept.* 1872.)

L'auteur dit qu'il n'est fait mention nulle part des hémorragies qui se rencontrent dans le bassinet à l'autopsie des individus morts de variole. A l'exception de la pyélite calculeuse, dans laquelle les hémorragies ne sont que traumatiques, il n'y a cependant pas de maladie, ni aiguë ni chronique, produisant cet accident aussi fréquemment que la variole. Sur 212 autopsies, les hémorragies du bassinet ont été constatées 28 fois; il est important d'ajouter que dans 16 cas la variole n'était pas hémorragique, dans les 12 autres cas, qui appartenaient au contraire à la variole noire, 8 fois l'hémorragie des bassinets a été très-prononcée. L'auteur en conclut que les extravasations sanguines se produisent plus fréquemment dans le bassinet que sous la peau, mais que les hémorragies violentes du bassinet ne surviennnent que simultanément avec celles de la peau. Dans 2 cas, sur 28, les malades avaient succombé avant la production de l'éruption. L'hémorragie a toujours lieu dans les couches épithéliales de la muqueuse, ordinairement vers la partie moyenne du bassinet, mais s'étendant quelquefois au loin jusqu'à la partie supérieure des uretères; l'épithélium est parfois rompu et de petites quantités de sang couvrent la surface de la muqueuse. L'hémorragie n'est pas très-exactement circonscrite et en enlevant l'épithélium on ne parvient guère à une délimitation tout à fait exacte; on voit l'extravasation s'amoindrir d'intensité graduellement et presque insensiblement jusqu'à ce qu'on arrive aux parties saines de la muqueuse.

Il n'a pas été possible à l'auteur de déterminer dans quelles relations ces hémorragies se trouvaient avec les accidents survenus dans les reins eux-mêmes. Dans la plupart des cas, il existait dans ces organes une infiltration graisseuse plus ou moins intense et une

fois seulement on trouva dans tous les tissus du rein et notamment dans la substance corticale, des hémorragies ponctuées ou linéaires. L'auteur, après avoir attentivement examiné au microscope la structure du bassinet, ne peut rendre compte par ce moyen du phénomène qu'il a constaté; la genèse des hémorragies non traumatiques, dit-il, n'est pas faite et nous sommes jusqu'ici obligé de chercher ses causes de production à la fois et dans le sang et dans les parois vasculaires. L'hémorragie, d'après les recherches attentives de l'auteur, serait produite par le réseau capillaire sous-épithélial des vaisseaux de la muqueuse; elle resterait, pendant la vie, inaperçue, parce qu'il arrive rarement que du sang en minime quantité soit entraîné avec les urines. M. KRISHABER.

Quelques réflexions sur la pathogénie de l'angine herpétique à propos d'un cas de zona de la face, par A. OLLIVIER. (*Société de biologie, août* 1871. *Gazette médicale,* 2 *nov.* 1872.)

L'auteur rappelle les travaux sur ce sujet, de Bærensprung (1861), d'Hutchinson (1866), de Bowmann et les observations publiées par Mougeot, Bowater, S. Vernon, Jeffries, Rudolf Jacksh et Steffan.

Voici le résumé de l'intéressante observation de M. A. Ollivier.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, présentant quelques antécédents scrofuleux et ayant eu la vérole à l'âge de 28 ans. Depuis cette époque il n'avait présenté aucun accident, mais depuis quelque temps il offrait quelques symptômes de nature à faire craindre le développement de la phthisie pulmonaire.

Le 2 mai 1871, exposé à un courant d'air il contracta un mal de gorge et un coryza, avec céphalalgie frontale modérée et difficulté assez grande de la déglutition. En se mouchant, cet homme rendit à plusieurs reprises des stries sanguines mêlées à du mucus.

Le 9 mai 1871, il est de nouveau exposé à un courant d'air, la céphalalgie augmente d'intensité, et il ressent de légers frissons et une courbature générale.

Le lendemain et les jours suivants, éruption de vésicules transparentes sur la tempe gauche, le côté gauche du front et de la lèvre supérieure, et autour de l'œil gauche avec sensation de cuisson insupportable et enfin douleurs lancinantes excessivement vives déterminant son entrée à l'hôpital.

15 mai. — Examen du malade. — A droite, la face ne présente rien de particulier. A gauche, au contraire, rougeur inflammatoire parsemee de vésicules isolées ou agglomérées. Les traînées de vésicules affectent en particulier la position des nerfs frontal interne et externe, et d'une des branches ascendantes du nasal externe. Il existe une ulcération recouverte de croûtes d'herpès au niveau de la branche nerveuse qui sert d'anastomose entre le nerf frontal et le nerf facial. On voit également des vésicules près de l'oreille et aux deux angles interne et externe de l'œil gauche, dont les paupières et la conjonctive sont rouges et tuméfiées. Enfin des vésicules existent au niveau du trou sous-orbitaire et sur la moitié gauche de la lèvre supérieure (territoire animé par les branches du maxillaire supérieur.)

Au niveau de l'éruption, douleurs continues de cuisson ou de brûlure avec douleurs lancinantes passagères.

L'examen de la gorge montre à gauche une rougeur assez intense de la paroi postérieure du pharynx, des piliers du voile du palais, de l'amygdale et de la face interne de la joue du côté gauche. Toutes ces surfaces sont recouvertes de petits points blanchâtres transparents, parfaitement arrondis. Ce sont les traces de vésicules d'herpès. La déglutition est gênée, mais moins qu'avant l'éruption de la face.

Dans la narine gauche, on voit la trace de vésicules d'herpès desséchées, ainsi qu'à la partie inférieure de la cloison. La narine gauche est sèche. La narine droite est couverte de mucus et ne présente aucune éruption.

Le malade est apyrétique. — Le pouls est à 76, il n'y a pas de chaleur de la peau.

On entend aux sommets des deux poumons, de l'expiration prolongée.

Traitement. Poudre d'amidon et bandage contentif.

Dans les jours suivants les douleurs diminuent, les vésicules se sèchent, les croûtes tombent, l'inflammation de la conjonctive et le larmoiement disparaissent, l'examen de la bouche et de la gorge ne présente plus rien d'anormal, le coryza n'existe plus. — Le malade sort guéri de son zona le 10 juin, ne sentant plus aucune douleur névralgique.

M. Ollivier fait suivre cette observation de quelques réflexions dans lesquelles il exprime l'opinion que chez son malade il y avait à la fois zona de l'ophthalmique et zona du maxillaire supérieur.

Il n'existe pas plus d'une douzaine de cas dans lesquels on ait vu à la fois zona des branches supérieure et inférieure du trijumeau.

Enfin l'auteur remarque que l'on n'a pas encore signalé le zona circonscrit à la branche moyenne du trijumeau. Est-ce à dire que cette variété n'existe pas? Non, dit-il, car indépendamment d'un fait que j'ai observé en 1864, dans le service de mon regretté maître Natalis Guillot, je pense que *bon nombre d'angines herpétiques pourraient bien n'être qu'un zona de cette branche moyenne du trijumeau.*

Les descriptions de MM. Gubler, Peter, Lasègue consignent, en effet, ce fait que souvent les vésicules herpétiques n'existent que d'un côté de la gorge et qu'en même temps il y a une éruption semblable sur la lèvre ou à la face interne de la joue du même côté, ou dans les fosses nasales et la trompe d'Eustache; c'est-à-dire que les vésicules d'herpès siégent sur le territoire animé par le maxillaire supérieur.

A. JOFFROY.

Lectures on diseases of the nervous system delivered at the Westminster hospital, by Francis E. ANSTIE. (*The Lancet*, 12 *et* 26 *oct.* 9 *et* 25 *nov.* 1872.)

C'est le commencement d'une série de leçons dont la première est consacrée surtout à des vues générales sur la pathogénie des affections cérébrales. Dans la deuxième leçon, l'auteur aborde l'é-

tude des troubles fonctionnels des centres nerveux, sans localisation, et débute par la description du *coup de chaleur*.

Il en distingue deux formes : 1° la cardiaque ou syncopale, 2° la cérébro-spinale. La forme cardiaque a une marche très-rapide ; elle reconnaît pour causes une marche forcée sous un soleil ardent ou le séjour et le sommeil dans des endroits confinés, encombrés, et où règne une chaleur intense. Il n'y a pas de lésion, sauf un peu de piqueté du cerveau. Le malade se plaint d'une céphalalgie excessive, la peau est très-sèche, le pouls accéléré, la température élevée, les conjonctives sont injectées, la vue est troublée, la tête semble éclater; il tombe et meurt presque aussitôt.

La deuxième forme est plus commune, elle a comme caractères : délire plus ou moins furieux, miction fréquente, constipation assez forte ; le malade tombe dans l'insensibilité et la stupeur, les conjonctives sont très-injectées, la fièvre est intense, le cœur bat avec violence; un peu plus tard survient le coma, puis la mort.

Chez les enfants, la transpiration cesse brusquement, la peau se sèche ; ils ont de la diarrhée au lieu de constipation, des convulsions générales; les yeux se ferment, la face devient pâle, les pupilles se dilatent, le coma et la mort finissent la scène.

Chez les enfants en bas âge, on commet souvent des erreurs en prenant cet état pour des troubles sympathiques de la dentition.

Le traitement consiste en affusions froides, administration de l'aconit à l'intérieur et application de glace dans le rectum (Parkes), le chloroforme contre les convulsions.

En Angleterre, la cause de ces états chez les enfants est la promenade sur le sable échauffé des plages, sans prendre la précaution de couvrir le cou et la tête. Cette affection laisse à sa suite de l'épilepsie, de l'amnésie, des céphalalgies rebelles. L'alcoolisme se développe plus facilement; la peau reste longtemps très-sèche et la constipation est opiniâtre.

Les deux leçons suivantes sont consacrées à l'étude des troubles nerveux dépendant de l'alcoolisme, des intoxications saturmine et mercurielle. Nous signalerons surtout les névralgies de la 5e paire crânienne, que l'auteur a observées plusieurs fois sous l'influence du mercurialisme. A. GOUGUENHEIM.

A case of Aphasia with Remarks on the Faculty of Language and the Duality of the Brain by. S. WILKS. (*Guy's Hosp. Rep. XVII, p.* 145, 1872.)

Le sujet de l'observation est une femme de 24 ans qui fut atteinte brusquement d'hémiplégie droite et de perte de la parole. Elle présentait une paralysie complète du bras et de la jambe, de l'hémiplégie faciale du même côté avec légère difficulté de tirer la langue. La sensibilité était diminuée au niveau du bras et de la jambe ; les sphincters un peu relâchés — intelligence intacte; mais pas un mot de réponse aux questions.

Au bout de 15 jours, l'état général étant amélioré, on étudie la malade avec soin et l'on voit qu'elle comprend le langage parlé, l'écriture et les gestes; mais quand on lui montre un objet et qu'on lui demande de dire comment on le nomme, elle n'émet que des sons inintelligibles. Cependant elle fait un signe affirmatif quand on prononce le nom exact de cet objet et un signe négatif dans le cas contraire.

Au bout d'un mois la motilité revient dans la jambe; la malade se lève mais le bras reste paralysé et, bien que l'intelligence soit intacte, la faculté de parler reste abolie. On cherche à lui rapprendre à parler en lui donnant une boîte pleine de lettres alphabétiques et des images représentant divers objets. En lui répétant plusieurs fois le nom de ces objets, elle parvient à articuler ce nom et le jour suivant elle le prononce plus correctement, absolument comme si elle n'avait jamais su parler et que son éducation, sous ce rapport, fut complétement à refaire.

Lorsqu'à l'aide des lettres on lui fait composer un mot vulgaire, elle place ces lettres de travers; mais reconnaît l'erreur lorsqu'on la rectifie.

L'auteur utilise ce fait pour étudier de nouveau la question déjà si débattue de la localisation de la parole dans une partie spéciale du cerveau.

Il distingue, comme cela est déjà bien connu, la perte de la mémoire des mots de cet état bien différent et beaucoup plus difficile à comprendre qui consiste dans la conservation de l'intelligence du langage jointe à l'incapacité de communiquer ses idées par l'écriture ou la parole.

Le fait précédent prouve une fois de plus que la faculté générale du langage est distincte de la faculté de parler.

La première est une production mentale complexe qui ne saurait être regardée comme siégeant en un point particulier du cerveau parce que, associée aux diverses facultés de l'entendement, elle réside en quelque sorte partout. La faculté de parler, au contraire, étant en quelque sorte la possibilité d'agir, d'une manière spéciale, doit avoir un centre d'action particulier. En comparant cette manière d'agir à l'emploi plus ou moins perfectionné des membres, l'auteur pense qu'il n'est pas illogique d'en localiser le centre en un point particulier du cerveau.

Mais comme l'organe de la parole est composé de parties qui existent des deux côtés du corps et qui ne peuvent être gouvernées par un côté du cerveau seulement, S. Wilks croit qu'il n'est pas invraisemblable de penser que le côté du cerveau qui est le plus actif est celui qui doit gouverner les organes de la parole.

L'auteur cherche ainsi à rattacher la question de la localisation de l'organe de la parole à celle de la dualité du cerveau; mais il appuie son opinion sur des considératiens physiologiques et pathologiques qui ne nous paraissent pas être toujours à l'abri d'objections sérieuses.

Du point douloureux apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale, par le Dr ARMAINGAULT. (*Bordeaux médical, nos du 29 septembre au 3 novembre* 1872.)

L'auteur de ce travail admet, à l'exemple de Trousseau (clinique méd., 3e édit., tom. II, page 384), l'existence dans un grand nombre de névralgies anciennes et récidivantes, d'un point douloureux fixe siégeant au niveau de quelques apophyses épineuses des vertèbres (*point apophysaire*). Lorsque ce point douloureux existe, les applications révulsives sur la colonne vertébrale (sangsues, vésicatoires, badigeonnages de teinture d'iode, pommade stibiée etc.) réussissent souvent à calmer des névralgies rebelles à d'autres traitements. Parmi les observations qui sont rapportées dans ce mémoire, nous appelons l'attention sur la 6e où, dans une migraine du côté gauche, accompagnée de congestion oculaire avec rétrécissement pupillaire et de pâleur de la face, existait un point apophysaire situé à la 1re vertèbre dorsale. La pression de ce point produisait une exaltation de la névralgie hémicrânienne et la diminution progressive de l'anémie faciale qui, au bout de 5 à 6 minutes, reprenait sa première pâleur à l'exception de l'œil qui restait toujours hyperémié. L'auteur explique ce fait en admettant dans deux points différents de la moelle une double excitation portant, d'une part, sur les *nerfs vaso-moteurs dilatateurs* (Cl. Bernard), ce qui produit la congestion oculaire; et, d'autre part, sur les *nerfs vaso-moteurs constricteurs*, ce qui donne lieu pour une région déterminée, la face par exemple, à la pâleur et à l'anémie locale. Du Bois-Reymond cite un cas (Jaccoud, *path. interne,* tom. I, p. 453), où, dans une migraine, les deux premières vertèbres cervicales étaient douloureuses, et où il existait aussi de la pâleur du visage, de la dilatation de la pupille, et du retrait de l'œil du côté malade, ce qui lui fit considérer l'hémicrânie comme une névralgie ayant son siége dans le grand sympathique cervical.

D'après le docteur Armaingault, la névralgie avec point apophysaire, et l'irritation spinale caractérisée par des phénomènes d'excitation médullaire (*hyperesthésie* des nerfs de la vie de relation et des nerfs viscéraux, *congestions locales, hypersécrétions*, sueurs abondantes, flux diarrhéiques ou leucorrhéiques, *palpitations*, *dyspnée*, *vertiges*,) ne sont que des degrés différents d'un même état morbide. Il existe, en effet, des névralgies siégeant à la *périphérie* et des névralgies dont le siége est dans la *moelle ;* ces dernières seules doivent être rattachées à l'irritation spinale. Il y a loin de cette idée à l'opinion trop exclusive du docteur Anstie (*London* 1871) qui pense que toutes les névralgies sont d'origine centrale et procèdent d'une lésion de la racine sensitive des nerfs dans

son trajet intra-spinal et du noyau gris qui est en communication avec elle.

Etudiant les névroses vaso-motrices, l'auteur est amené à regarder la fièvre intermittente comme une névrose vaso-motrice d'origine spinale ; parmi les névroses vaso-motrices et sécrétoires dépendant d'une irritation spinale, il cite le goître exophthalmique et le ptyalisme idiopathique.

En résumé, d'après M. Armaingault, il y a trois formes ou trois degrés *d'irritation spinale*.

1° *Irritation spinale exclusivement hyperesthésique* (névralgie avec point apophysaire) ;

2° *Irritation spinale exclusivement vaso-motrice* ou *sécrétoire ou névrose vaso-motrice d'origine spinale* (goître exophthalmique, ptyalisme idiopathique) ;

3° *Irritation spinale à la fois névralgique et vaso-motrice.*

Il résulte de ces idées théoriques, appuyées sur la clinique, une application thérapeutique qui consisterait, dans ces divers degrés d'irritation spinale, à combattre tous les symptômes d'origine médullaire par des révulsifs appliqués sur la colonne vertébrale.

HENRI HUCHARD.

Paralysie labio-glosso-laryngée.

Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée, à forme apoplectique d'origine bulbaire, par A. JOFFROY. (*Société de biologie*, 10 *août* 1872. *Gazette médicale* 1872, *nos* 41 *et suivants.*)

L'auteur, dans un premier chapitre, étudie la signification de ces mots : paralysie labio-glosso-laryngée. — Dans un rapide coup d'œil historique, il signale les opinions et les travaux de Duchenne, Clarke, Charcot et Joffroy, et montre la large part qui revient aux médecins anglais et français dans l'étude de cette question. Il établit que la forme primitivement décrite de la paralysie labio-glosso-laryngée est due à une atrophie chronique des cellules nerveuses des noyaux d'origine des nerfs bulbaires. — L'atrophie aiguë, dans le bulbe, n'est pas démontrée ; mais l'atrophie chronique peut, ou bien y débuter et de là s'étendre à la moelle, ou bien survenir consécutivement à des lésions de la moelle cervicale.

M. Joffroy insiste sur ce point que la paralysie labio-glosso-laryngée n'est qu'un groupe symptomatique, rarement isolé.

Il définit ensuite ce syndrome. C'est, dit-il, l'ensemble des troubles de la phonation, de la mastication, de la déglutition produits par la paralysie des muscles des lèvres, de la bouche, du pharynx, du larynx, quelle qu'en soit la cause, quelle que soit la lésion. (Atro-

phie chronique des cellules nerveuses ; embolie ou thrombose dans les artères vertébrales ; hémorragie dans la partie ventriculaire du bulbe ; tumeur extra ou intra-bulbaire.)

D'après la pathogénie, il admet plusieurs formes :

La forme *protopathique*, répondant à l'atrophie des cellules nerveuses ; la forme *apoplectique*, à l'embolie, la thrombose et l'hémorragie : la forme *par compression*, à l'existence d'une tumeur intra ou extra-bulbaire.

Il rappelle que la paralysie labio-glosso-laryngée peut se montrer dans les cas de double lésion cérébrale, et que parfois elle est plus prononcée d'un côté que de l'autre, dans les cas d'apoplexie du bulbe.

Ensuite, l'auteur rapporte l'observation d'un cas qui rentre dans le groupe des paralysies labio-glosso-laryngées à forme apoplectique et d'origine bulbaire.

Observation. — Affection cardiaque. — Perte subite de la vision du côté droit. — Trois semaines après, troubles de la déglutition et de la phonation. — Hémiplégie gauche. — Amélioration de l'hémiplégie gauche. — Hémiplégie droite. — Nouvelle amélioration. — Persistance de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Bichon, âgé de seize ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 23 mars 1872. Il n'y a rien à noter dans les antécédents, sauf deux chutes n'ayant provoqué que des accidents locaux du côté des membres. Trois semaines environ avant son entrée, il s'aperçoit, à son réveil, qu'il ne voit pas clair de son œil droit. Quinze jours plus tard, il éprouve des troubles intellectuels très-légers et passagers, et tombe deux fois dans l'escalier de sa maison.

Le 20 mars, il a de la difficulté pour avaler et du serrement des mâchoires, mais pas de paralysie des membres.

Le 22 mars, paralysie très-marquée du côté gauche, surtout au membre supérieur. Le malade urine au lit ; sa prononciation est gênée. Les mâchoires sont très-serrées.

Le 24 mars : hémiplégie gauche, incomplète, sans contracture, plus marquée au bras qu'à la jambe. — Impulsion qui chasse le malade à droite pendant la marche. — Cette impulsion se montre continuellement, mais est plus forte tous les quatre ou cinq jours. — Léger degré de rotation de la tête à droite. Il n'y a pas d'hémiplégie à droite, — La sensibilité cutanée est abolie dans toutes ses formes, sur toute la surface du corps.

A la face (partie inférieure) affaissement des traits, immobilité des lèvres ; le malade ne peut écarter volontairement que fort peu les arcades dentaires. La langue est immobile, le voile du palais et le pharynx se contractent par l'excitation. Le malade peut bâiller largement, bien que ne pouvant volontairement ouvrir la bouche que fort peu, et la fermant plus encore quand il s'obstine à vouloir l'ouvrir.

Il peut introduire dans la bouche le morceau de pain qu'il y porte. Ainsi certains mouvements réflexes ne sont pas abolis.

Les liquides sont difficilement avalés, les aliments solides ne peuvent pas l'être, le goût est normal.

Le malade parle d'une façon incompréhensible. La partie supérieure de la face est mobile, expressive. La pupille droite est très-dilatée, presque insensible à la lumière. La vision et l'ouïe sont affaiblies du côté droit. L'intelligence est moins vive. Le malade est constipé et urine involontairement. L'auscultation du cœur, qui bat violemment, dénote un bruit de soufflet

assez rude, ayant son maximum à la pointe, s'étendant aussi à la base, sans propagation dans les vaisseaux. Ce bruit varie suivant la position du malade, et est plus fort quand il est couché sur le côté droit. Le pouls est normal, régulier; la respiration facile.

1er avril. Il y a quelques jours, le malade a eu des vomissements de matières bilieuses à plusieurs reprises. — D'ailleurs l'état a peu changé. Le côté gauche de la face est moins paralysé que le droit. L'anesthésie diminue. Il n'y a plus de vomissements ni d'impulsion à droite.

6 avril. Le malade a parlé plus mal; le soir il a un frisson, puis la gêne de la parole est plus grande.

20 avril. Affaiblissement, paralysie plus marquée. — L'œil gauche est normal, mais à droite les artères du fond de l'œil n'ont que le tiers de leur volume, elles sont perméables; la pupille est en voie d'atrophie.

26 avril. — Aggravation. — Hémiplégie gauche complète. — De plus, à droite, il y a plus que de la faiblesse, il y a une hémiplégie incomplète, plus marquée au bras qu'à la jambe.

L'état général est mauvais. — Il faut nourrir le malade à la sonde (bouillon, vin, viande pilée, œufs, lait).

Sous l'influence de ce régime il va mieux.

Le 1er juin, la paralysie à gauche est peu marquée, mais celle du côté droit est plus marquée. — La température est normale, mais diminuée dans les membres supérieurs et les mains. — Paralysie des sphincters, surtout la nuit.

La contractibilité électrique des muscles a toujours paru normale.

20 Juin. — Le malade va mieux, peut se lever; il est toujours plus paralysé à droite qu'à gauche. Il ne gâte plus pendant le jour; l'amélioration continue si bien qu'à la fin de septembre il ne gâte plus, marche bien; ses bras ont repris un peu de leurs forces; la déglutition est plus facile; la prononciation des mots toujours impossible; la langue est complétement immobile.

Avant d'interpréter certains symptômes du cas précédent, l'auteur entre dans quelques considérations anatomiques et physiologiques sur le bulbe et sa circulation.

Il admet la division du facial en supérieur et inférieur, division fondée sur la description faite par L. Clarke des deux noyaux du facial. — Il divise le bulbe lui-même en deux portions : le bulbe supérieur, le bulbe inférieur. C'est dans ce bulbe inférieur que sont situés, dans une portion très-limitée, les noyaux des nerfs suivants : facial inférieur, hypoglosse, spinal, puis pneumogastrique. — Il insiste sur l'importance extrême de cette partie très-limitée du bulbe inférieur au point de vue physiologique (centre de déglutition) et au point de vue pathologique (paralysie labio-glosso-laryngée).

Relativement à son observation, il ne connaît qu'un seul fait qui lui ressemble au point de vue anatomo-pathologique. C'est celui de *Luneau* où, bien que l'embolie ne soit pas prouvée, M. Charcot a constaté dans le bulbe des corps granuleux, semblables à ceux du ramollissement cérébral.

L'auteur examine ensuite quels sont les symptômes particuliers qu'a présentés son malade. Il fait remarquer la contracture des élévateurs de la mâchoire inférieure, quand le sujet voulait ouvrir la bouche; la possibilité de certains mouvements d'abaissement de

nature réflexe, par exemple dans le bâillement. Il existait donc une paralysie du mouvement volontaire et une persistance de la motilité réflexe. — L'indication de ce fait, nouvelle pour la paralysie labio-glosso-laryngée, est fréquente dans les paraplégies et les sections de la moelle.

M. Joffroy explique comment ce symptôme ne peut exister que dans les cas d'apoplexie du bulbe, cas dans lesquels il peut y avoir, non pas destruction des cellules des noyaux, mais seulement interruption entre les noyaux et les centres de volition. Il indique aussi, comme conséquence, la conservation chez son malade de l'excitabilité électrique des muscles paralysés. — Il insiste sur l'absence habituelle, dans la forme apoplectique, de certains symptômes tels que, impuissance motrice des muscles de Reissessen, modifications du pouls ; il attire aussi l'attention sur les symptômes qui sont survenus du côté du cervelet et du cerveau, tels que vomissements, troubles intellectuels, propulsion à droite, et fait remarquer que ces derniers phénomènes n'existent que dans la forme apoplectique. Il n'a pas constaté de modifications dans l'urine.

L'auteur justifie ensuite son diagnostic en rappelant les principaux signes. Il l'appuie surtout sur l'existence d'une affection cardiaque préexistante, sur la perte subite de la vision à droite, et sur les particularités observées non-seulement du côté du bulbe, mais aussi du cervelet et du cerveau. Il cherche ensuite quels sont les moyens de différencier une paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale à foyers mulptiples de celle d'origine bulbaire. Suivant lui, ce sont surtout les commémoratifs, puis les troubles intellectuels, et aussi l'inégalité fréquente de la paralysie des deux côtés de la face qui viendront éclairer le diagnostic.

Ce travail se termine par quelques mots sur le pronostic des apoplexies du bulbe, qui est moins grave qu'on pourrait le croire *à priori*, et sur le traitement qui se borne à l'alimentation par la sonde. P. M.

Paralysie labio-glosso-laryngée. Rapport à la Société de médecine de Paris, 17 mai 1872, par M. ONIMUS. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 *sept.* 1872.)

L'auteur de ce rapport indique d'abord les particularités les plus importantes signalées dans l'observation de M. Blumenthal. Dans ce cas on voit que la marche de la paralysie labio-glosso-laryngée, au lieu d'être continue, s'est effectuée par une série d'exacerbations, accompagnées quelquefois de fièvre, et une fois d'érythème noueux des membres inférieurs. On fit dans ce cas l'opération de la trachéotomie pour des accès de dyspnée menaçant de faire succomber la malade, et depuis ce moment, l'affection tout en continuant à progresser ne détermina plus de suffocation. M. Onimus

signale ensuite que c'est en Angleterre et en France qu'ont été élucidées l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette affection. Il rappelle ce fait intéressant que dans les muscles en voie d'atrophie, alors que les courants indirects ne déterminent plus que peu ou point de contractions, les courants continus y déterminent des contractions plus facilement que dans les muscles sains. Ensuite M. Onimus rappelle le cas que nous avons rapporté en 1870, avec M. Duchenne (de Boulogne), dans les *Archives de physiologie*.

L'auteur arrive, en résumé, à admettre la division que nous avons faite de deux formes cliniques principales de la paralysie labio-glosso-laryngée :

1° Les cas dans lesquels, l'atrophie de la langue est très-marquée; 2° les cas, dans lesquels la langue est paralysée à un très-haut degré, le volume de cet organe n'étant que peu ou point modifié.

Il répète, comme nous, qu'il n'est nullement prouvé qu'il existe des cas de paralysie labio-glosso-laryngée dans lesquels la langue ait été paralysée sans que le muscle ait été altéré.

Il repousse ensuite la division des cellules nerveuses de la moelle, en motrices et en trophiques ; nous ne l'avions avancée, du reste, qu'avec une grande réserve. Enfin M. Onimus dit, à tort, croyons-nous :

« Je crois affirmer une chose exacte, en soutenant que tout mus-
« cle qui, pendant un temps plus ou moins long, présente des con-
« tractions fibrillaires, et même dès qu'il en présente, est un mus-
« cle dont la nutrition commence à s'altérer, et qui va s'atrophier. »

Il y a là, pour le moins, une exagération.

A. JOFFROY.

Anesthésie de la sensibilité réflexe des voies aériennes et digestives comme signe précurseur de la paralysie labio-glosso-laryngée, par M. KRISHABER. (*Gazette hebdomdaire*, 29 *novembre* 1872.)

L'auteur signale l'existence de l'abolition de la sensibilité réflexe du pharynx, du larynx, de l'œsophage et de la trachée, dans l'hystérie, à la suite des angines graves et dans la paralysie labio-glosso-laryngée (1). M. Krishaber a observé cette paralysie de la sensibilité réflexe comme *signe précurseur* de cette maladie. L'auteur est porté à admettre que, dans la première période de la maladie, la dysphagie tient à cette abolition de la sensibilité réflexe ; car, dit-il, « l'insensibilité du pharynx et du larynx donne *inva-*

1 Dans un travail présenté à la Société de biologie en août 1872, j'ai noté et expliqué cette abolition de la sensibilité réflexe dans la paralysie labio-glosso-laryngée de forme protopathique, et indiqué sa conservation dans la paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique.

riablement lieu à des accidents graves causés par le passage des aliments dans les voies aériennes. »

Il nous sera permis de faire remarquer 1° que cette paralysie du pharynx et du larynx est assez commune chez les hystériques; 2° que la dysphagie est, au contraire, un phénomène très-rare chez ces malades ; 3° qu'il n'existe que peu ou point d'observations d'accidents graves causés par la chute du bol alimentaire dans les voies aériennes chez les hystériques présentant cette abolition de la sensibilité réflexe.

Ces restrictions étant faites sur le rôle important que jouerait ce symptôme dans la production de la dysphagie, nous ferons remarquer tout l'intérêt qui se rattache à l'existence de ce *signe précurseur*, si des observations ultérieures viennent lui apporter confirmation.

M. Krishaber donne ensuite deux observations dans lesquelles il a constaté ce signe, alors qu'il ne soupçonnait en aucune façon le développement de la paralysie labio-glosso-laryngée.

A. JOFFROY.

Griffe consécutive à une lésion traumatique du nerf cubital, par H. DURET.
(*Soc. de biologie*, 10 *février* 1872. *Gaz méd.*, *9 nov.* 1872.)

Il y a 15 ans, cette femme tomba sur un têt de bouteille et se fit une blessure profonde au niveau du poignet. Au bout d'un certain temps des déformations des doigts se produisirent en commençant par l'annulaire et le petit doigt. Il en résulta ainsi une griffe dont voici la description.

Le pouce est dans la pronation et sa face palmaire tournée en dedans.

L'indicateur est légèrement fléchi dans son articulation phalangino-phalanginienne, on peut le redresser.

Le médius est fléchi davantage, mais on ne peut le redresser. En outre la troisième phalange est fléchie sur la deuxième, mais on peut l'étendre facilement.

L'annulaire et le petit doigt sont fortement infléchis dans les articulations des deux dernières phalanges et sont inclinés vers l'axe médian. Ils sont appuyés contre la paume de la main. Il y a une échancrure en forme d'ulcération au bord libre des ongles des deux derniers doigts.

Toutes les articulations métacarpo-phalangiennes sont mobiles.

Dissection. — Le nerf cubital a été coupé complétement au-dessous du point d'émergence de la branche dorsale. Les tendons du cubital antérieur et du petit palmaire sont adhérents à la cicatrice.

Les deux tendons du fléchisseur qui répondent au petit doigt et à l'annulaire sont sectionnés, les bouts supérieurs remontant à 4 ou 5 centimètres au-dessus du ligament annulaire, les bouts inférieurs se rétractant dans la paume de la main, tout en lui restant adhérents par un repli assez résistant de la synoviale.

Les muscles de l'éminence hypothénar sont tous graisseux et atrophiés, sauf quelques fibres de l'adducteur et du court fléchisseur.

Les deux lombricaux internes n'ont laissé aucune trace, les deux lombricaux externes sont hypertrophiés.

Les muscles de l'éminence thénar existent tous, sauf l'adducteur du pouce, dont il ne reste plus que quelques trousseaux fibro-graisseux.

Les interosseux palmaires sont tous atrophiés, graisseux, pâles et décolorés. Des interosseux dorsaux, il ne reste que des vestiges.

Parmi les rameaux du nerf cubital, on ne retrouve pas les filets de deux des interosseux palmaires, les autres sont entourés d'une graisse fluide et adhérente.

A la région dorsale, on retrouve tous les filets nerveux de la branche postérieure du cubital.

Dans les muscles altérés, les fibres sont pâles, ont perdu une partie de leurs stries et surtout sont devenues graisseuses.

Sur le bout central du cubital sectionné, il existait de la névrite interstitielle, avec atrophie des tubes nerveux par place et, dans quelques-uns de ces derniers, une hyportrophie du cylindre d'axe.

Au-dessous de la blessure le nerf cubital ne présente presque qu'un cordon fibreux. On ne voit que quelques tubes nerveux représentés seulement par la gaîne de Schwann, la myéline et le cylindre d'axe ayant disparu.

On se rend facilement compte de la production de la griffe. Les interosseuxs ont, en effet, pour fonction d'étendre la troisième phalange sur la deuxième, et celle-ci sur la première, en même temps qu'ils fléchissent, la première sur le métacarpien (Duchenne de Boulogne). Quant aux lombricaux ce sont les assesseurs des interosseux. D'autre part les extenseurs des doigts n'étendent que les premières phalanges sur les métacarpiens. Ainsi on s'explique la flexion des deux dernières phalanges pour tous les doigts, et leur immobilité complète pour les deux derniers, le fléchisseur profond n'étant plus contre-balancé.

Enfin, il semble qu'en raison de la section des deux premiers tendons du fléchisseur sublime et de l'atrophie des interosseux, les premières phalanges auraient dû s'incliner en arrière sur les métacarpiens, comme dans l'exemple cité par M. Duchenne, mais nous croyons que les extenseurs n'ont pu entraîner les phalanges en arrière à cause des adhérences au ligament annulaire du bout inférieur des tendons sectionnés. A. JOFFROY.

The relative frequency of diseases between the right and left sides of the heart, degeneration of the heart, its causes and means of avoidance (De la fréquence relative des maladies des cavités droite et gauche du cœur; dégénérescence du cœur, ses causes et des moyens de l'éviter), par Cornelius BLACK. (*The Lancet*, 28 *sept.*, 19, *oct.*, 25 *nov.* 1872.)

C'est la suite d'une série de leçons dont les premières ont paru dans ce journal pendant le cours de l'année. Le sujet de la leçon du 28 septembre est le suivant : *changements produits dans les fibres musculaires par le sang carbonisé en excès (cœur carbonisé) — ses effets sur la respiration et l'économie générale —*

manière dont se produit la mort — moyens de diagnostiquer cette lésion.

L'auteur donne le nom de cœur carbonisé à une altération qu'il a rencontrée chez des individus vivant dans des endroits malsains, petits, encombrés et infectés par la respiration d'un certain nombre de personnes agglomérées dans ces endroits. Il décrit les caractères anatomiques de cet état difficile à reconnaître, en indique l'appareil symptomatique, les modes de terminaison, toujours mortelle, et termine son travail par les indications diagnostiques. — Les lésions sont souvent accompagnées de dégénérescence graisseuse et caractérisées par une sorte d'infiltration de sérosité sanguinolente des fibres charnues du cœur, les dilatant outre mesure, les allongeant, enfin finissant par rompre le sarcolemme. La couleur extérieure et intérieure est d'un rouge sombre, le cœur est mou, flasque, ses cavités droites sont très-dilatées, on rencontre l'insuffisance tricuspide et souvent aussi l'insuffisance de l'orifice pulmonaire.

La mort a lieu de trois façons :

1° Le cœur ne peut chasser le sang dans les vaisseaux, le pouls devient très-petit, le malade s'éteint peu à peu.

2° Si l'infiltration est accompagnée d'un grand nombre de déchirures des fibres du cœur, il y a rupture de la paroi antérieure au point le plus faible et épanchement dans le péricarde ; la mort est brusque.

3° Par l'hydropisie générale, suite de l'insuffisance tricuspide compliquant les causes précédentes.

4° La mort peut encore arriver par des accidents spéciaux dus à l'insuffisance des valvules artérielles droites: c'est une oppression et une angoisse extrêmes avec pâleur excessive du visage, les muscles respirateurs supplémentaires se contractent d'une façon convulsive ; la vie est en péril. Les cavités droites se dilatent considérablement et d'autant plus vite que les deux insuffisances artérielle et tricuspide sont simultanées.

Le diagnostic s'établit à l'aide de deux catégories de signes ; les uns locaux, les autres généraux.

Signes locaux : Bruits du cœur faibles, peu d'impulsion de l'organe, le choc de la pointe est presque insensible ; en cas d'insuffisance tricuspide : bruit de souffle au bas du sternum, ou immédiatement à gauche de cet os, pouls veineux léger, battements épigastriques au moment de l'expiration ; s'il y a dilatation, hydropisie générale.

En cas d'insuffisance artérielle : impossibilité de supporter le moindre exercice, accès de suffocation sans cause efficiente, pâleur très-grande de la face avec anxiété.

Signes généraux : faiblesse extrême du malade, alternative de pâleur et de cyanose.

La constipation est opiniâtre, l'anorexie fréquente.

L'intelligence est toujours intacte.

La leçon du 19 octobre est consacrée aux points suivants : *Dégénérescence graisseuse du cœur : seule véritable forme de cette maladie, aspect extérieur de l'organe, examen microscopique. — Causes de cette dégénérescence : comment elle se produit; c'est une des causes les plus communes de mort subite; mécanisme de la mort. — Moyens de reconnaître cette lésion pendant la vie.*

A l'encontre de la forme décrite dans la leçon précédente, ici le cœur au lieu d'être infiltré de sérosité et de prendre cette coloration qui a été décrite, est pâle, moucheté, mou, friable. Il contient dans ses fibres une quantité de graisse plus ou moins considérable, qui constitue la lésion et qui n'a aucune analogie avec la surcharge adipeuse extérieure à l'organe. Cette dégénérescence est favorisée par les conditions chimiques suivantes : Sous des influences très-variées, telles qu'une vie inactive, le défaut d'exercice et surtout l'abus des boissons alcooliques, les échanges entre le sang et l'oxygène extérieur sont moins actifs, l'air extérieur pénètre en quantité moins considérable dans les poumons, comme le prouve le spiromètre, alors l'acide carbonique s'accumule dans le sang, les éléments azotés et sulfurés des fibres musculaires seraient éléminés sous forme d'ammoniaque et d'acide sulfurique, et les trois autres éléments : l'oxygène, l'hydrogène et le carbone, ce dernier surtout, n'étant plus emportés par l'oxygène du sang, que ce liquide ne contient plus en quantité suffisante, ces trois éléments constitueraient de la graisse.

Cette dégénérescence est souvent partie intégrante de la disposition générale ; parfois pourtant elle est isolée et dans ce cas, souvent héréditaire.

On observe comme signes : faiblesse très-grande des battements et des bruits du cœur, petitesse du pouls, quelquefois bruits caractéristiques d'insuffisance des valvules qui ne sont plus assez tendues pour obturer leur orifice.

La mort est très-souvent brusque et arrive fréquemment le *matin*, l'auteur suppose que le changement brusque de situation de l'horizontale à la verticale en est la cause. Aussi en tire-t-il ce précepte thérapeutique qu'il ne faut laisser lever le malade que quand il a été stimulé et réconforté par la nourriture. La mort peut être lente ; alors ce serait l'irrigation insuffisante, difficile du cerveau qui la produirait. Elle est quelquefois, aussi la conséquence de ruptures ; dans ce cas elle est immédiate ; le même résultat peut

aussi se produire à la suite de ruptures par distension des veines cérébrales.

On reconnaît cette maladie pendant la vie à la faiblesse des contractions du cœur, de l'impulsion et des bruits de l'organe; aux tendances à la syncope au moindre exercice; à la dyspnée qui accompagne tous les mouvements; à l'abaissement de la température aux extrémités; à l'arc sénile de la cornée, enfin à l'obésité générale.

La leçon du 23 novembre est consacrée à l'étude du mécanisme de la mort dans les maladies du cœur et au pronostic dans les différentes formes de ces maladies. Chez les enfants et chez les jeunes gens, l'auteur conseille de réserver le pronostic, car à cet âge de la vie il n'est pas absolument rare de voir la disparition progressive d'hypertrophies cardiaques assez considérables, malgré l'opinion généralement admise que les hypertrophies de ce genre une fois acquises ne guérissent plus.

A. GOUGUENHEIM.

Études laryngoscopiques. — Diagnostic des paralysies motrices des muscles du larynx, par le docteur E. Nicolas DURANTY, avec planches. (*Gaz. méd.* 1872 *et broch. in-8° de* 42 *pages. Paris.*)

L'auteur groupe d'abord les causes des akinésies des muscles laryngés dans les trois catégories suivantes : 1° akinésies fonctionnelles (efforts de voix, froid, émotions morales, hystérie, état catarrhal prolongé) ; 2° akinésies dyscrasiques (anémie, chlorose, diphthérie, fièvre typhoïde, intoxications par le plomb et l'arsenic); 3° akinésies organiques, qui présentent comme caractère commun une lésion matérielle des nerfs laryngés (tubercules pulmonaires, exsudats pleurétiques coiffant le sommet des poumons, dépôts tuberculeux autour de la trachée, tumeur autour de l'œsophage, anévrysme de l'aorte, goître exophthalmique, etc).

Les paralysies des muscles du larynx sont étudiées isolément :

1° La paralysie des crico-thyroïdiens, généralement bilatérale, altère légèrement la voix qui devient rauque et sourde, se fatigue rapidement et rend le chant impossible. Au laryngoscope, pendant la respiration, la portion médiane des cordes vocales présente alternativement une dépression et un mouvement d'élévation, le bord interne est un peu ondulé et dans l'effort pour prononcer la voyelle *a*, le rapprochement des cordes vocales se fait avec difficulté.

2° Dans la paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, l'état général est toujours grave; au repos : dyspnée très-lé-

gère, voix seulement enrouée ; sous l'influence d'un mouvement : dyspnée intense, toux éteinte. L'examen laryngoscopique montre que, pendant l'inspiration, les cordes vocales, de coloration ordinairement normale, restent rapprochées de la ligne médiane au lieu de s'éloigner l'une de l'autre ; que dans l'inspiration forcée, elles arrivent même au contact et enfin, que dans l'expiration forcée elles se séparent légèrement.

Dans la paralysie unilatérale, la voix est aiguë et discordante, les mouvements font naître la dyspnée; au laryngoscope, la corde vocale du côté paralysé ne s'écarte pas de la ligne médiane pendant l'inspiration.

3° Dans la paralysie des deux muscles crico-aryténoïdiens latéraux : aphonie complète, toux éteinte. La glotte reste largement ouverte et les cordes vocales restent immobiles dans l'effort que le malade fait pour prononcer la voyelle *a*. — Dans la paralysie unilatérale : voix enrouée, discordante, timbre de la toux modifié. La corde vocale du côté paralysé reste immobile tandis que l'autre s'avance vers la ligne médiane lorsqu'on engage le malade à produire un ton phonétique ;

4° Dans la paralysie des thyro-aryténoïdiens : voix à timbre tantôt aigu, tantôt rauque et dur, aphonie incomplète. Les cordes vocales paraissent allongées ; quand le malade veut prononcer la voyelle *a*, les cordes vocales se rapprochant l'une de l'autre vers la ligne médiane, présentent entre elles une ouverture elliptique avec dépression sur leur partie moyenne. — Dans la paralysie unilatérale, les modifications de la voix ne sont apparentes que chez les chanteurs, les orateurs, etc ;

5° Dans la paralysie de l'ary-aryténoïdien : voix étouffée, rauque ; pendant les efforts phonateurs, les cordes vocales sont rapprochées dans leurs deux tiers antérieurs, portées en dehors dans leur tiers postérieur, formant ainsi les deux côtés d'un triangle dont la base longue est constituée par l'espace ary-aryténoïdien.

Ce travail se termine par quatorze observations, les unes dues au docteur Nicolas-Duranty, les autres empruntées à Morell-Makenzie.

HENRI HUCHARD.

Cases of malignant peritonitis, par le Dr Mathews DUNCAN. (*Med. Times and Gaz.*, 19 *oct.* 1872.)

Sous ce titre l'auteur rapporte les deux faits suivants de péritonite cancéreuse. J. K. 42 ans mariée depuis 20 ans, toujours souffrante depuis la naissance d'un premier enfant âgé aujourd'hui de 19 ans, devient enceinte pour la deuxième fois à 41 ans et fait une fausse couche de trois mois. A la suite de cet accident, hémorragie utérine pendant quatre mois, puis aménorrhée complète.

Examen de la malade. — Le ventre est très-tendu et de forme irrégulière : à droite depuis le milieu du ligament de Poupart jusqu'à la région splénique matité absolue et fluctuation à la partie inférieure. Les veines superficielles de l'abdomen sont distendues. Le col de l'utérus est à sa place normale et laisse jaillir par son ouverture un petit polype du volume de l'extrémité du petit doigt. Au-dessus du col on sent une masse indurée, qui occupe le quart inférieur gauche du bassin.

La malade, entrée le 26 décembre, meurt le 10 janvier suivant. Durant cet espace de temps les changements les plus saillants qu'elle présenta furent un accroissement notable de liquide, et par suite une augmentation de la matité sur les points où elle avait été constatée dès le début.

Le traitement consista en une ponction abdominale, l'administration de diurétiques et le 20 décembre une tentative (qui nous paraît peu justifiée) d'extraction des tumeurs solides par le Dr Gillespie. Cette opération qui fut forcément incomplète, donna lieu comme la ponction à la sortie d'un liquide rougeâtre très-abondant. Pendant l'opération il en sortit quatre litres et pendant la ponction plus de deux litres.

A l'autopsie, on trouva un liquide d'un jaune-rougeâtre et des noyaux cancéreux sur tous les organes, à la face inférieure du diaphragme, dans le foie, la rate, les mésentères, les épiploons, les ganglions mésentériques. — L'utérus, les ovaires et le péritoine étaient confondus dans une masse cancéreuse compacte ; à gauche, un noyau cancéreux traversait le diaphragme et s'étendait jusqu'à la plèvre.

— M. D. 53 ans, a eu 5 enfants et 2 fausses couches; reçue, le 3 avril 1871, se plaint de gonflement du ventre, avec sensation de pesanteur. Elle est malade depuis 9 à 10 mois. Jusque-là très-bien portante, elle devint subitement faible, languissante et enfin au mois de février s'aperçut que son ventre augmentait de volume. Bientôt quelques douleurs se manifestèrent.

A son entrée, le ventre est ferme et élastique à la palpation, les urines rares, très-colorées, sans trace d'albumine. Il y a de la fluctuation, mais beaucoup moins nette que dans les cas d'ascite ordinaire. A la percussion matité irrégulièrement distribuée par places ; sur certains points complète, sur d'autres seulement superficielle. Par le toucher vaginal on ne constate aucune lésion.

Entrée le 3 avril M. D. meurt le 1er mai, probablement d'une péritonite aiguë secondaire. Les membres inférieurs étaient devenus œdémateux.

A l'autopsie on trouva un cancer généralisé du péritoire : qui avait envahi l'estomac, l'intestin grêle et l'ovaire du côté droit.

Remarques. — Le cancer généralisé du péritoine est assez rare et peu étudié dans les ouvrages classiques. Au début, le diagnostic de cette affection est difficile, et cependant comme elle marche souvent très-vite, il serait important de pouvoir la reconnaître. La présence de noyaux irrégulièrement dissiminés dans le péritoine éclaire la question, mais souvent on ne les perçoit qu'à une période avancée. Une hydropysie de l'ovaire, un kyste de l'épiploon, un rétrécissement de l'intestin, peuvent rendre la question plus difficile à résoudre. Le premier symptôme est en général le développement du ventre avec peu de douleur. En général il y a constipation, puis peu à peu le liquide s'accumule, mais par suite des adhérences qui s'établissent entre les divers organes et portions d'organes, on ne peut produire la sensation de flot comme dans les ascites ordinaires.—L'irrégularité des points de matité est à noter.—A la palpa-

tion il semble que l'on appuie sur des parties qui sont plus épaisses les unes que les autres.

En même temps les symptômes généraux marchent avec une étonnante rapidité. En quelques semaines, comme dans le 2e cas qui vient d'être rapporté, les malades maigrissent et s'affaissent au point de devenir méconnaissables, ce qu'explique bien du reste l'immense étendue des altérations anatomiques.

J. DUBRISAY.

Aneurisms of the arteries at the base of the brain ; their symptomatology, diagnostic and treatment (Des anévrysmes des artères de la base du cerveau ; symptômes, diagnostic et traitement), par Robert BARTHOLOW. (*The American Journal of the Med. Sciences, octobre* 1872.)

Ce travail qui vient s'ajouter aux recherches de Griesinger, Gouguenheim, Lebert et Durand, est fondé sur l'analyse de dix-sept faits, omis par ces auteurs ou publiés depuis 1868. — Bartholow rapporte en entier seulement une observation personnelle encore inédite, dont voici les traits principaux :

Un homme de trente-sept ans qui s'était fait remarquer depuis plusieurs années par ses excentricités et par une certaine incohérence dans les idées, fut pris au commencement du mois de mars, des symptômes d'une névralgie sus-obitaire ; quelques jours après (le 17), il avait une contracture de l'orbiculaire du côté droit et une anesthésie de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Le 19, on constatait un strabisme convergent de l'œil droit et un engourdissement de la main gauche ; malgré cela et la persistance de la céphalalgie frontale, le malade continuait de vaquer à ses affaires, lorsque, le 25 avril, il fit dans la rue une chute avec perte de connaissance momentanée. — Le lendemain il eut une attaque convulsive, et le 30 mourut subitement en poussant ce cri : « Oh ! ma tête ! » — A l'autopsie, on trouva une hémorragie sus-arachnoïdienne. Le sang était collecté surtout au voisinage de la scissure de Sylvius, mais recouvrait aussi le pont de Varole et la moelle, et avait pénétré dans le 4e venticule. Sur le côté droit du tronc basilaire existait une poche anévrysmale, longue de 1/2 pouce dans son plus grand diamètre et présentant une large déchirure. — L'artère basilaire était athémateuse à ce niveau. (L'auteur ne dit rien des autres artères.) L'artère vertébrale droite était très-petite, ayant environ le 1/3 de celle du côté gauche, de sorte que le sang venant de celle-ci frappait avec plus de force contre le point qui était le siége de l'athérome.

Comparant, au point de vue du siége de l'anévrysme, les faits qu'il a recueillis avec ceux de Lebert et Durand, l'auteur arrive aux résultats suivants (1) :

(1) Nous reproduisons les chiffres de Bartholow tels qu'il les a donnés, bien qu'il semble y avoir quelques erreurs. Nous avons seulement rectifié le premier chiffre de Lebert. (Le nombre 76 indiqué par Bartholow, représentant la somme des cas de Lebert et de Durand.)

	Carotide interne et ses branches.	Artère vertébrale et ses branches.	Méningée moyenne.
Lebert. . . .	47	35	
Durand . . .	29	11	3
Bartholow.. .	11	7	

Dans les faits de Bartholow, l'anévrysme siégeait sur :

L'artère cérébrale moyenne.	7 fois.
Le tronc basilaire	4
La carotide interne. . . , ...	2
La vertébrale.	2
La cérébrale antérieure.	1
La cérébrale postérieure..	1

Pour la fréquence relative des anévrysmes à droite ou à gauche, on remarque les divergences suivantes :

	Durand	Bartholow
Côté droit seul	25	6
Côté gauche seul	35	5
Des deux côtés	5	3

Quant au sexe, il y avait 10 hommes et 7 femmes.

Parmi les causes des anévrysmes, Bartholow paraît attribuer une certaine importance à la syphilis, s'appuyant sur ce qu'il a, dans la moitié des cas, trouvé des antécédents syphilitiques (1). Vient ensuite l'embolie par lésion cardiaque.

Les anévrysmes les plus volumineux sont ceux de la cérébrale antérieure et de la cérébrale moyenne, qui peuvent se développer plus facilement, sans troubler les fonctions des organes voisins. — La mort a lieu ordinairement à la suite d'une rupture, et celle-ci paraît être en rapport moins avec le volume de la tumeur qu'avec la forme. Ces anévrysmes sont plus souvent fusiformes que sacciformes ; mais ce sont ces derniers qui se déchirent le plus tôt, surtout s'il y a un état athéromateux de l'artère.

Symptômes communs. — L'un des plus précoces est le *vertige*. L'auteur lui accorde une certaine importance pour le diagnostic ; car dans les autres tumeurs encéphaliques, il ne paraît qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie. Peu marqué et transitoire au début, il devient plus tard à peu près constant ; augmentant par l'exercice et les émotions morales aussi bien que par les agents médicamenteux qui excitent la circulation cérébrale, il diminue par le repos et dans le décubitus. Il est quelquefois assez

(1) Dans un cas d'anévrysme de la vertébrale que j'ai présenté cette année à la société anatomique, on avait porté le diagnostic de tumeur syphilitique en se fondant sur l'existence d'antécédents. (A. S.)

fort pour rendre très-pénible tout effort intellectuel et peut même aboutir à la perte de connaissance.

Les *convulsions epileptiformes* se rencontrent dans la moitié des cas; exceptionnelles dans les anévrysmes de la cérébrale antérieure et de la cérébrale moyenne, elles paraissent être la règle dans les anévrysmes du tronc basilaire et surtout dans ceux de la vertébrale.

Bartholow étudie ensuite la *céphalalgie*, les *sensations* quelquefois très-bizarres ressenties par les malades, les *troubles psychiques* qu'il regarde comme plus fréquents que ne le dit M. Jaccoud, puis les *symptômes spéciaux* variant suivant que la compression porte sur tel ou tel organe. Il n'y a, du reste, sur tous ces points rien de bien nouveau dans ce mémoire.

Le *traitement*, dit Bartholow, a quelques chances de succès. Dans un cas d'anévrysme de la carotide interne, Coe fit la ligature de cette artère, et réussit à faire disparaître les symptômes caractéristiques.

C'est là une opération bien hardie, qui trouvera probablement peu d'imitateurs ; il faut, en effet, être bien sûr du diagnostic pour oser la pratiquer.

Un autre moyen plus pratique recommandé par Bartholow après Langenbeck et Hildebrandt, consiste dans l'emploi de l'ergotine en injections sous-cutanées (ergotine Bonjean, trois parties pour : eau et glycérine, sept parties de chaque). On doit en même temps administrer l'iodure de potassium à haute dose.

Comme palliatif contre les douleurs névralgiques, le courant galvanique réussit très-bien.

« On me demandera peut-être, dit l'auteur, les résultats de cette méthode de traitement. Dans un cas où la nature des symptômes indiquait une tumeur intra-crânienne, très-probablement anévrysmale, je réussis à procurer une amélioration notable et j'espère obtenir la guérison si le malade persévère dans l'emploi de l'iodure de potassium. Je n'ai point mis ce fait à côté des autres, parce que tant que l'autopsie n'a pas été faite, il peut toujours rester quelque incertitude. »

A. SEVESTRE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber multiple Sklerse des Hirns und Rückenmarcks, par BUCHWALD (*Deutsches Arch. für klin. Med., t. X,* septembre 1872.)

L'auteur rapporte d'abord avec détails deux nouveaux faits de sclérose en plaques ; il aurait trouvé dans ces deux cas les îlots de tissu morbide

réunis par des traînées scléreuses (?) ; ce serait à tort que jusqu'ici on les aurait considérés comme isolés. Il cherche ensuite à démontrer que, d'une manière générale, les lésions sont limitées, dans cette affection, aux centres d'innervation motrice; il propose enfin d'abandonner la dénomination de sclérose en plaques pour celle de sclérose continue multiple (sclerosis continua multiplex) ou plutôt de sclérose des centres moteurs (Tabes centralis motorica). On ne contestera pas l'originalité de cette manière de voir; mais les efforts de l'auteur pour la mettre d'accord avec les faits nous semblent être restés infructueux. Comment soutenir, en effet, que les parties motrices des centres nerveux sont le siége exclusif des lésions dans cette maladie, quand on a trouvé des plaques sur les nerfs optiques, les glosso-pharyngiens et les trijumeaux ; quand on en a vu dans les cordons postérieurs de la moelle et dans les circonvolutions cérébrales? Les conclusions de Buchwald nous paraissent donc mal fondées et inacceptables.

Il n'est pas plus heureux quand il s'efforce d'établir que les lésions de la moelle sont consécutives à celles de l'encéphale et qu'elles se produisent suivant le mécanisme de la dégénération secondaire. S'il en était ainsi, l'on ne trouverait pas, dans certains cas, la partie inférieure de la moelle envahie dans sa totalité, alors que des parties plus élevées sont à peu près intactes (1). On sait, d'ailleurs, que les altérations n'épargnent pas les cordons postérieurs ; comment supposer alors une dégénération provoquée par les lésions encéphaliques?

Nous signalerons, en terminant, une erreur de fait; il est inexact que l'on ait trouvé constamment, comme le dit l'auteur, les nerfs rachidiens dans un état d'intégrité complète, car Liouville, (2) dans une de ses observations, les signale parmi les organes qu'avait envahis la sclérose.

H. HALLOPEAU.

Ueber multiple Hirnsklerose, par F. JOLLY. *(Archiv für Psychiatrie, 1879, t. III, p. 711, 1872.)*

Jolly rapporte une observation de sclérose en plaques dans laquelle les altérations paraissent avoir été limitées aux parois des ventricules cérébraux et à la masse blanche intra-hémisphérique; l'isthme de l'encéphale et la moelle épinière présentaient, dans une petite partie de leur étendue, les lésions de la dégénération secondaire.

L'auteur assure qu'une grande partie du système musculaire était atrophiée et que néanmoins les noyaux moteurs étaient intacts dans le bulbe et dans la moelle, contrairement à ce que l'on a observé dans ces derniers temps chez les individus atteints d'atrophie musculaire progressive. Mais il ne ressort nullement de sa description que dans ce cas la lésion des muscles ait été la même que dans l'atrophie progressive; l'examen microscopique de ces organes paraît avoir été négligé et il est même dit, dans le procès-verbal de l'autopsie, qu'à part leur diminution de volume et leur mollesse ils ne présentaient rien de particulier. Ces faits n'ont donc pas la valeur négative que l'auteur semble vouloir leur attribuer.

H. HALLOPEAU.

---

(1) Fait de Vulpian et de Liouville. (mémoires de la société de Biologie, 1869.)
(2) Eodem loco.

Zur Aphasiefrage, von Dr SAMT. (*Archiv für Psych. und Nervenkrank., III. Band, 3. Heft. Berlin,* 1872.)

Frappé comme tant d'autres de la multiplicité des régions circonscrites du cerveau indiquées comme centre exclusif de la faculté du langage articulé, Samt remarque qu'il est difficile de considérer l'aphasie comme le résultat d'une lésion ayant son point de départ dans un organe central de la parole, ou comme un trouble de la mémoire des mots : elle est pour lui un phénomène complexe, qui exige une analyse minutieuse dans chaque cas particulier.

Ces réflexions sont inspirées par deux observations : la première est relative à un aphasique, dont la troisième circonvolution frontale et les circonvolutions de l'insula étaient intactes des deux côtés, les altérations occupant d'autres régions. Chez un second aliéné, n'ayant jamais offert d'aphasie, on a noté entre autres lésions, à gauche une destruction des circonvolutions antérieures de l'insula, et, dans une certaine étendue, de la troisième circonvolution frontale.

Samt cite, en outre, une observation insérée dans *The Journal of mental science,* april 1872, London, sous la mention suivante : *Case with a lesion involving Broca's convolution without Broca's aphasia, by Batty Tuke and John Fraser.* BOUCHEREAU.

A case of bony tumour in the substance of the brain, by WICKEHAM H. LYDALL. (*Lancet,* 12 *oct.* 1872.)

Cas de tumeur osseuse dans la substance cérébrale. Femme de 56 ans, sujette depuis 5 ans à de la céphalalgie frontale et à des attaques d'épilepsie. Sauf cela, la santé était satisfaisante. Elle mourut après une attaque de huit heures de durée.

Autopsie. — Cerveau congestionné : liquide abondant au-dessus de la dure-mère et dans les ventricules. Le lobe antérieur présente un ramollissement superficiel de l'étendue d'un œuf de poule. A l'examen, on trouve au-dessous de cette substance ramollie une matière en forme de gravier, qu'on reconnaît être de l'os, il y a surtout deux morceaux plus considérables. Le cœur était mou et peu épais. Les reins étaient le siége d'un kyste hydatique ; on ne trouve nulle autre part de dépôt osseux. La mort survint par suite de l'épanchement encéphalique et d'une syncope. Quelle était l'origine de cette tumeur ? Elle n'avait aucun rapport avec la boîte crânienne. Il est évident que les attaques épileptiformes étaient causées par elle. A. G.

Tumeur sarcomateuse du cervelet, du pédoncule cérébelleux moyen droit, et de la moitié droite de la protubérance annulaire, par M. SOULIER, médecin des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd., n° 21, oct.* 1872, *p.* 251.)

Le sujet est une femme de 77 ans. On constata chez elle une paralysie faciale droite, des douleurs spontanées de ce côté avec anesthésie ; une anesthésie incomplète au bras, à la cuisse droite, de l'hyperesthésie à l'avant-bras, à la main, à la jambe et au pied du même côté ; le côté paralysé était plus chaud au thermomètre que le côté sain ; paralysie du mouvement incom-

plète à droite ; conjonctivite et kératite à droite, insensibilité de l'œil, intégrité du fond de l'œil; abolition de l'ouïe, de l'odorat, du goût à droite. — Mort par cachexie au bout de six semaines de séjour à l'hôpital, 3 mois 1/2 après les premières douleurs. — L'autopsie très-succincte ne fait que citer la tumeur sans la limiter assez nettement. Gangrène du poumon. L'examen histologique fait de cette tumeur un sarcome fasciculé. — L'auteur met sur le compte de la lésion du cervelet l'hémiplégie incomplète ; il rattache les troubles de la sensibilité à la lésion de la protubérance et semble attribuer au facial la paralysie de l'olfaction.

Le fait en lui-même a un grand intérêt par suite de l'existence de la paralysie du mouvement, du sentiment, et de sens spéciaux à droite, due à une tumeur de la moitié droite de la protubérance. J. C.

Note sur un cas d'atiophie périphérique du cervelet avec lésion concomitante des olives bulbaires, par M. PIERRET. *(Arch. de phys., n° 6, p. 765. 1871.)*

N..., âgée de soixante-un ans, succombe le 13 décembre 1872 à une hémorragie cérébrale foudroyante.

A l'âge de quatre ans, elle fit une chute avec perte de connaissance, et à la suite d'une maladie qui dura un an, elle présenta des symptômes particuliers. Elle ne pouvait ni marcher, ni grimper comme les autres enfants; elle avait souvent mal à la tête, se tenait debout difficilement, tombait pour la moindre cause et parlait avec embarras. De plus, de temps en temps, tout son corps était agité de tremblements.

Dans l'examen fait à la Salpétrière (service de M. Charot), on nota qu'elle présentait à un haut degré les phénomènes de la titubation cérébelleuse. Elle manquait d'équilibre à tout moment et avait une tendance invincible à aller à droite. Le tremblement des membres la rendait incapable de se servir d'une canne. L'intelligence était saine malgré l'affaiblissement de la mémoire. Le côté gauche du corps était plus faible que le droit, et la sensibilité était un peu altérée au niveau des mains.

Cette malade avait de plus des attaques convulsives, ou bien seulement des raideurs tétaniques dans les membres inférieurs et les muscles des mâchoires.

Autopsie. — Encéphale. La présence d'un foyer hémorragique ancien dans l'hémisphère droit explique une partie des phénomènes observés. Le cervelet est atrophié. Avec le bulbe et la protubérance, il pèse 85 grammes.

La diminution de volume porte sur le diamètre vertical.

L'examen microscopique permet de constater que l'atrophie intéresse principalement la substance grise corticale. Le tissu nerveux adhère aux méninges et il est transformé en une sorte de trame fibroïde peu riche en noyaux. Les grandes cellules nerveuses décrites par Gerlach ont disparu.

La substance blanche est sclérosée.

Les noyaux rhomboïdaux normaux.

La partie antérieure de la protubérance est atrophiée, tandis que la postérieure offre un contraste par son développement normal.

Le bulbe est sain, à l'exception de l'atrophie presque complète des deux noyaux bulbaires, fait d'autant plus remarquable que la forme générale des olives est conservée.

Les noyaux du bulbe et la moelle ne sont pas altérés.

L'auteur fait observer, en note, que les lésions cérébelleuses décrites précédemment avec *conservation des corps rhomboïdaux*, sont des particularités analogues à celles qui ont été signalées dans les faits publiés

par MM. Combette, Duguet et Vulpian. Que l'*atrophie des olives bulbaires*, au contraire, constitue un fait plus rare. — Sur quatre faits, trois fois les olives bulbaires ont été trouvées saines.

Il ajoute que les lésions paraîtraient singulières, si l'on admettait les relations si intimes qui existeraient, d'après M. Luys, entre la couche corticale cérébelleuse et les corps rhomboïdaux.

Paraplegia ; strumos tumor in the cord ; hyperæsthesia ; phthisis ; strumos disease of the uterus, dans : *Guy's Hosp. Rep., p.* 422, 1872. — *Clin. Cases par* **S. O. HABERSHON.** *(Observation recueillie par W. T. P. Douglas.)*

S. A. B., âgée de 28 ans, admise le 28 octobre 1869. — Antécédents de peu d'importance. — Cependant elle est asthmatique depuis plusieurs années et sa mère, sa grand'mère et sa sœur ont aussi souffert de cette maladie. Depuis deux ans, 3 attaques d'inflammation thoracique et, pendant le mois de février dernier, elle fut soignée pendant cinq semaines à l'hôpital pour une pleurésie ; il existait de l'épanchement dans les cavités pleurales. Depuis décembre 1868, les règles sont devenues irrégulières et depuis cette époque la malade a des ménorrhagies fréquentes.

Il y a un mois, elle commença à ressentir des douleurs dans les deux jambes, surtout prononcées à droite. Ces douleurs furent suivies au bout d'une semaine d'un engourdissement et d'une sensation « de piqûres d'épingles et d'aiguilles » dans les pieds; en même temps les jambes devinrent faibles et la malade se vit incapable de monter et de descendre les escaliers sans aide. L'engourdissement remonta graduellement et s'étendit jusqu'au milieu de l'abdomen, et les parties correspondantes paraissaient froides.

Dans l'action de marcher la malade remarqua que ses jambes étaient soulevées d'une manière spasmodique et que son pied était lancé en dehors. « Le sol lui paraissait placé à une certaine distance au-dessous des pieds et il lui semblait marcher dans le vide. » Les mouvements des membres produisaient des douleurs aiguës dans les genoux et les jambes, douleurs qui se calmaient par le repos. Au moment de son admission, la miction était normale; depuis 15 jours environ elle avait un peu d'œdème malléolaire.

Etat à l'entrée. — L'embonpoint et les apparences de la santé sont conservés. Les membres inférieurs et la partie inférieure de l'abdomen sont plus froids au toucher que le reste du corps ; les muscles sont assez fermes ; la malade peut remuer facilement ses membres inférieurs; mais, lorsqu'elle le fait, elle éprouve des douleurs depuis les chevilles jusqu'aux genoux, douleurs qu'elle compare à des coups de canif; ces sensations ont surtout lieu lorsqu'elle fléchit ou étend le pied et elles sont plus fortes à gauche qu'à droite. La sensibilité est très-légèrement atteinte ; le léger contact n'est pas perçu, la pression et le grattement produisent une même sensation comparée à une piqûre d'épingle, il en est de même du chatouillement de la plante des pieds. En pinçant la malade, en la grattant suffisamment fort pour produire une sensation, elle indique exactement le point mis à l'épreuve.

Les mouvements réflexes sont conservés et ils réveillent des douleurs déchirantes dans les jambes et le pied; — pas d'œdème; — du côté de la poitrine on retrouve quelques signes de la pleurésie ancienne. L'appétit est mauvais, l'urine un peu alcaline, mais sans albumine.

29 octobre, rétention d'urine. — Le 30, l'engourdissement remonte jusqu'au dos. — Les mouvements réflexes se produisent facilement à droite, moins à gauche où il existe plus de paralysie.

1er novembre. La paralysie du mouvement et de la sensibilité augmente. La malade est incapable de se tenir debout. Elle se plaint de douleurs dans les jambes,

et l'engourdissement s'est étendu jusqu'à un demi-pouce de l'ombilic. On trouve une douleur à la pression dans la région hypogastrique gauche; mais on n'y sent pas de tumeur. — Signes de pleurésie à gauche.

2. nov. Abattement, face colorée, douleur dans le bras gauche analogue à celle qui a précédé la paralysie des jambes; constipation opiniâtre. — Urine alcaline.

3. nov. On essaye l'action des courants galvaniques et on obtient dans les membres inférieurs de légères contractions, le courant n'est senti que vers le milieu du tibia gauche.

4. nov. La motilité est plus grande dans la jambe droite; les douleurs dans les membres inférieurs sont moins fréquentes. La vessie n'est plus paralysée.

15 nov. Ménorrhagie depuis une semaine. La motilité volontaire a diminué dans la jambe droite. Miction par regorgement; constipation depuis 8 jours; un peu d'œdème des pieds et des malléoles.

23 nov. La malade ne peut plus exécuter qu'un léger degré de rotation du pied droit. Un fort courant ne produit plus de contraction dans les membres inférieurs. L'anesthésie est complète à gauche, presque complète à droite. Miction constamment involontaire.

29 nov. Douleurs dans le dos et dans la partie inférieure de l'abdomen; crampes dans les jambes; face rouge, pouls 100.

Le 30 nov. Hyperesthésie à droite, le plus léger contact produit de la douleur, la douleur du dos continue.

1er décembre, urine alcaline, contient des phosphates et du pus.

Dans les jours suivants, les symptômes sont à peu près les mêmes. Les différences de température sont encore appréciés au niveau des membres inférieurs. L'hyperesthésie de la jambe droite disparaît et reparaît. Malgré un matelas à ressorts, il se produit une escarre au sacrum. Les symptômes thoraciques deviennent plus graves.

23 décemb. Syncope au moment où l'on veut la lever. Douleurs thoraciques, crampes des muscles de l'abdomen, sensation de constriction autour de la gorge; douleurs dans les seins, la partie inférieure du col et entre les épaules, respiration 40, pouls 122, très-faible.

28 décemb. L'état général est meilleur, hyperesthésie des deux jambes.—Perte complète de la motilité et de la sensibilité ordinaires.

14 janvier 1870. — Inflammation érysipélateuse autour de l'escarre. — Mort le 19.

Autopsie faite par le Dr Moxon. — L'escarre énorme du sacrum a ouvert le canal spinal sans perforer la dure-mère; elle a envahi la région fessière droite jusqu'au voisinage du vagin, réduisant les muscles en bouillie putride.

Rachis: dans l'arachnoïde plusieurs plaques ostéo-cartilagineuses à la partie postérieure de la région lombaire.

Dans la partie inférieure de la région dorsale, la moelle est envahie par un tubercule arrondi du volume d'une petite cerise, tumeur qui remplace le tissu nerveux dans la longueur qu'il occupe, de telle sorte, qu'à l'œil nu, on ne peut reconnaître autour de lui aucune trace de tissu nerveux. Le tubercule est homogène, sans vaisseau, d'un gris-jaunâtre; son centre est ramolli et converti, dans l'étendue d'un grain de blé, en un liquide crèmeux puriforme.

Sa surface n'est pas granuleuse; il est entouré par un tissu lâche, vasculaire qui s'en détache aisément et ne paraît pas contenir d'éléments nerveux.

Les deux plèvres sont adhérentes, surtout la droite. Les deux poumons sont envahis à peu près également par les produits d'une phthisie tuberculeuse avec prédominance de la forme pneumonique; mais il y a aussi des granulations grises caractéristiques. On trouve quelques caillots emboliques dans les artères pulmonaires et des caillots adhérents dans les veines fémorales.

Les autres lésions notées sont moins intéressantes. (Il est très-regrettable qu'un examen plus complet de la moelle n'ait pas été fait.)

Progressive muscular atrophy, accompanied by muscular rigidety and contraction of joints, with examination of the brain and spinal cord (Atrophie musculaire progressive, accompagnée de rigidité musculaire et de contraction des articulations, avec examen du cerveau et de la moelle), par J. LOCKART-CLARKE. (*Lancet*, 23 *nov.* 1872.)

Homme de 58 ans, malade depuis l'âge de 30 ans. Il eut, comme premier symptôme, du vertige pendant 3 ans, puis, les mouvements devinrent plus lents et s'accompagnaient de tremblements quand le malade voulait les précipiter. Plus tard, la jambe gauche s'affaiblit et les parties charnues s'atrophièrent. Enfin, les muscles de la jambe droite et ceux de l'épaule du même côté subirent le même sort. En même temps, le malade se plaignait de douleurs dans le trajet des bras et des jambes. Tous ces symptômes s'aggravèrent avec le temps. Actuellement il est tout à fait impotent, ne peut remuer dans son lit, ni même s'aider pour manger lui-même. Les muscles présentent une rigidité remarquable qui disparut huit jours avant la mort. Presque tous les muscles du corps sont atrophiés, surtout ceux des membres supérieurs. Les mouvements respiratoires sont très-affaiblis. La sensibilité cutanée n'est pas altérée; le malade est à peine sensible à l'action de l'électricité. Sa parole est indistincte et nasonnée. La déglutition est difficile et presque impossible, la salive coule hors de la bouche.

Autopsie. — Points épars de dégénérescence amylacée dans les circonvolutions cérébrales; altérations à la fois dans la substance blanche et grise. Le volume de la protubérance a un peu diminué, ses vaisseaux sont très-dilatés et ont provoqué, par une sorte de résorption, la formation de véritables vacuoles dans le tissu nerveux. La substance de cette partie de l'encéphale est criblée aussi de corpuscules amylacés. La moelle allongée est d'un cinquième environ moins considérable qu'à l'état normal. Tous ses noyaux sont plus petits et les cellules qui les composent sont plus ou moins envahies par une dégénérescence pigmentaire. Le diamètre de la moelle est d'un quart moindre qu'habituellement. La substance grise, d'un bout à l'autre, est le siége d'une série de lésions et de foyers de dégénérescence. Les cellules des cornes antérieures ont subi une dégénérescence considérable. Les unes ont été entièrement envahies par du pigment, les autres sont changées en amas de granulations; celles qui restent sont excessivement atrophiées.

A. G.

Contribuzione alla patologia et cura dell'atrofia muscolare progressiva (Contribution à la pathologie et au traitement de l'athrophie musculaire progressive), par le Dr Gaetano RIVA. (*Rivista clinica de Bologne, fasc.* 10e, *oct.* 1871, *p.* 302.)

Sous ce titre, l'auteur publie et fait suivre de réflexions deux observations d'atrophie musculaire progressive survenue dans le cours d'une affection des centres nerveux encéphaliques, avec complication du côté des yeux et de la pituitaire.

Dans le premier cas (démence alcoolique, — accès de manie furieuse depuis 5 ans chez un homme de 45 ans), coïncidemment avec l'atrophie, était survenue une kérato-iritis de l'œil droit d'abord, puis de l'œil gauche, mais à un degré bien moindre, avec tendance à une nécrose rapide de la cornée. Il était survenu de même une altération de la pituitaire (rougeur ;

érosions ; ozène). — Amélioration des lésions oculaires par un traitement approprié, et de l'atrophie musculaire après application sur le sympathique au cou, d'un courant continu, pendant un mois et plus. — Mort par pneumonie double suivie rapidement de gangrène après 13 jours de maladie.

A l'autopsie, lésions des méninges cérébrales et de la moelle (méninges et parenchyme).

Dans le deuxième cas (méningite cérébrale a frigore guérie— et suivie d'un trouble des fonctions intellectuelles avec mélancolie — chez un homme de 38 ans), avec l'atrophie musculaire survenue trois mois après la méningite, on avait constaté à l'ophthalmoscope : une infiltration séreuse papillaire et une dilatation des vaisseaux de la rétine et de la papille. De plus, la vue était très-affaiblie, la pupille un peu dilatée et la sclérotique bleuâtre en certains points. — Amélioration notable de tous les symptômes, musculaires et oculaires, après application du courant continu au cou pendant deux mois.

L'auteur croit pouvoir rattacher les lésions de l'œil et de la pituitaire à une lésion du grand sympathique en se fondant sur la nature même de ces lésions et sur l'amélioration obtenue à l'aide du courant continu appliqué sur le grand sympathique au cou; et il se demande si l'atrophie musculaire, dans ces cas, ne doit pas être mise sous la dépendance du grand sympathique ainsi que les lésions concomitantes des yeux et de la pituitaire, ce qui, dit-il, « viendrait corroborer la théorie de ceux (parmi lesquels Eulenburg et Guttmann) qui, dans l'atrophie musculaire, voient une lésion constante du grand sympathique. »

Mais on peut faire observer qu'en admettant même que les lésions oculaire et nasale soient ici sous la dépendance d'une lésion du grand sympathique, il n'existe pas entre elles et l'atrophie musculaire progressive concomitante une relation de causalité forcée, alors même que les courants continus appliqués au grand sympathique ont amené un certain degré d'amélioration.

D'ailleurs, l'exposé de l'autopsie relative au premier cas est fort incomplet et peu explicite. A. BARÉTY.

On a case of paralysie of the tongue from hœmorrhage in the medulla oblongata (Cas de paralysie de la langue consécutive à une hémorragie de la moelle allongée), par Hugelings JACKSON. (*Lancet*, 30 *nov.* 1872.)

Homme de 51 ans, atteint d'hémiplégie gauche et qui eut, il y a quelques années, une perte subite de l'articulation des sons, perte qui subsiste encore à ce moment.

L'autopsie a été faite par Lockart Clarke, qui, indépendamment de l'état des vaisseaux et des ramollissements multiples de la substance cérébrale, décrit minutieusement une lésion qu'il rencontra dans la moelle allongée, en arrière des circonvolutions du corps olivaire. Cette lésion n'était autre chose qu'une hémorragie ancienne, très-limitée; c'était la cause de la paralysie de la langue. Seulement, dans ce cas, la lésion était unilatérale et la paralysie, toutefois, était double, fait dont l'auteur ne peut expliquer la cause. A. G.

Ueber die Auffassung einiger Anomalien der Muskelinnervation (Explication d'une anomalie de l'innervation musculaire), von Dr Eduard HITZIG. (*Archiv für Psych. und Nervenkrank.*, 3. *Band*, 3. *Heft*, 1872.)

Cette publication vient compléter une communication antérieure ; l'une et l'autre ont pour objet d'expliquer les mouvements anomaux, simultanés qui s'observent après la paralysie faciale périphérique complète, et dans la période de restauration des conducteurs de la motilité.

A l'état normal, la volonté fait contracter isolément les divers groupes de muscles. Cette faculté se perd dans la paralysie faciale d'origine périphérique. Puis, au moment où des traces de motilité se montrent dans le côté paralysé, toute excitation, volontaire ou non, des muscles antérieurement frappés provoque simultanément la contraction des autres groupes musculaires ; par exemple, l'excitation des muscles de la partie supérieure de la face s'accompagne de mouvements associés des muscles de la partie inférieure.

Pour la production du phénomène, le lieu et la nature de la lésion importent peu : on l'observe dans les paralysies de nature rhumatismale, traumatique, syphilitique. Ces mouvements simultanés seraient, pour l'auteur, de l'ordre réflexe, et le point de départ de cette excitation anomale siégerait vraisemblablement dans l'organe réflexe propre du facial, dans la moelle allongée.

Du reste, Hitzig n'a pas la prétention d'être le premier à signaler les faits qu'il a cherchés à interpréter ; des expériences très-intéressantes de M. Brown-Séquard, sont de nature à les éclairer. L'explication proposée par l'auteur nous a paru encore très-obscure (1). BOUCHEREAU.

A case of Hæmatidrosis, or bloody sweat, complicating Tetanus, par S. WILKS. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1872. *p.* 215.)

L'observation prise par P. Douglas se rapporte à une femme de 35 ans qui, à la suite d'un coup de froid, présente tous les symptômes d'un tétanos violent et aigu. Le septième jour de la maladie on remarque que la transpiration du visage teint le linge en rouge, et ce phénomène se reproduit encore le neuvième jour, peu de temps avant la mort.

Les taches furent examinées par le Dr. Stevenson, dont nous reproduisons la note :

« Les prétendues taches sanguines fournies par la sueur sont tout à fait semblables à des taches de rouille. Après l'incinération, elles donnent avec un acide une petite quantité de fer, la cendre est rougie par la présence de ce métal. Les taches sont insolubles dans l'eau et les solutions alcalines ; leurs propriétés diffèrent donc complétement sous ce rapport de celles des diverses formes de la matière colorante du sang. Il est impossible d'obtenir soit une solution colorée quelconque, soit des globules rouges. — Ce ne sont donc par des taches de sang ; il est possible cependant qu'elles dérivent du sang, puisqu'elles contiennent du fer ; mais il est probable qu'elles n'ont jamais renfermé

(1) Consulter Hitzig. 1er mémoire. Archiv für Psych. und Nervenkrank. Bd. 3. heft 2. Brown-Séquard. Archives de physiologie, mars, mai, juin 1869.

d'hématine ni d'hémoglobine. — Comme les portions non teintes du linge font tourner la liqueur bleue de gayac, ce réactif est inapplicable.

« La quantité de matière colorante doit avoir été très-faible »

L'auteur regarde ce cas comme un exemple indubitable d'hématidrose, parce qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de voir le mouchoir de la malade teint en rouge lorsqu'on lui essuyait le visage ; mais il ne se prononce qu'avec réserve sur la présence du sang en nature dans cette sécrétion colorée.

Névralgie rebelle de la cinquième paire ; troubles anesthésiques de la face et troubles nutritifs très-graves du côté des organes des sens, par le Dr GILLETTE. (*Un. méd., oct.* 1872, *n*° 127, *p.* 649.)

L'auteur observe dans le service de M. E. Cruveilhier une femme de 32 ans, d'un embonpoint excessif, qui souffrait depuis un an d'une névralgie faciale droite ; il y eut à un moment paralysie du releveur de la paupière; lorsqu'elle disparut, l'œil présenta de la rougeur, de la photophobie, du larmoiement. On constate, à l'entrée, l'anesthésie des paupières, du nez, de la joue, de la commissure labiale, de la région maxillaire, du bulbe oculaire et de la cornée, de la moitié droite de la muqueuse linguale ; douleurs très-vives à la pression pratiquée sur les points d'émergence des nerfs sensitifs de ces parties ; bourdonnements d'oreille ; leucoma de la partie supérieure et droite de la cornée, hyperémie de la conjonctive, rétrécissement de la pupille. — L'auteur met ces phénomènes complexes sur le compte de la névralgie, peut-être de la névrite de la cinquième paire, névrite intéressant les nerfs vasomoteurs dont la lésion serait cause des troubles de l'œil. M. Cruveilhier se propose de lier les 2 bords palpébraux, à l'exemple de Schiff et de Snellen qui cousent l'oreille devant l'œil des lapins auxquels on coupe le trijumeau pour éviter les troubles oculaires. J. C.

Névralgie diaphragmatique, par M. PETER. — (*Société de Médecine de Paris; Gazette des hôpitaux,* 24 *octobre* 1872.)

Dans deux cas d'angine de poitrine, M. Peter a trouvé une aortite généralisée, de la périaortite, de l'épaississement et des plaques laiteuses du péricarde aortique, des fausses membranes rattachant le péricarde aortique au péricarde pariétal, et enfin le nerf phrénique gauche sur chacune des pièces passant au niveau des fausses membranes.

L'inflammation avait gagné les filets nerveux du plexus cardiaque (périnévrite cardiaque) et le nerf phrénique.

Dans ces nerfs, il y avait une prolifération luxuriante du tissu conjonctif, développement énorme des noyaux, nouvelle formation de fibres très-serrées, compression et étranglement des tubes nerveux, avec dégénérescence granuleuse de la myéline dans presque tous les points.

Le ganglion de Wrisberg n'a pas été examiné.

M. Peter présente des dessins à l'appui de sa communication.

A. J.

Névralgie abdominale, par M. VOISIN. *(Société de médecine de Paris.)* (*Gazette des hôpitaux, 27 oct. 1872.*)

Chez deux aliénées, l'une de 22 ans, hypocondriaque, l'autre de 17 ans, lypémaniaque avec tendance au suicide, et présentant toutes deux des névralgies abdominales, M. Voisin a trouvé des altérations des ganglions semi-lunaires, dont il présente les dessins.

Dans le premier cas, il y avait une péritonite chronique et la disposition verticale du côlon signalée par Esquirol chez les hypocondriaques. Dans les ganglions semi-lunaires, on trouve une prolifération du tissu conjonctif avec développement énorme des noyaux de ce tissu ; les cellules nerveuses étaient atrophiées, les noyaux seuls avaient persisté.

Dans le second cas, les cellules nerveuses étaient également atrophiées et l'enveloppe cellulaire du périnèvre était considérablement épaissie. A. J.

De l'état de mal épileptique, par BOURNEVILLE. (*Mouvem. méd.*, 9 *nov.* 1872, *p.* 189, *et* 14 *décembre*, *p.* 252.)

L'auteur assigne à l'état de mal épileptique les caractères suivants : 1° répétition en quelque sorte incessante des accès qui souvent deviennent subintrants ; 2° collapsus, variable en degré, pouvant arriver jusqu'au coma le plus absolu, sans retour de la lucidité ; 3° fréquence du pouls et de la respiration ; 4°, et surtout, élévation considérable de la température, élévation qui persiste dans les intervalles, d'ailleurs brefs, des accès convulsifs.

Les symptômes doivent être divisés en deux périodes : 1° une période d'état ou période *convulsive ;* 2° une période consécutive ou *méningitique*.

Dans la 1re période, en dehors des accès, l'auteur insiste sur la respiration pénible, les sueurs, le nystagmus, les inégalités des pupilles, la cyanose, la gêne de la déglutition, la constipation, les mictions involontaires ; il étudie les caractères de l'hémiplégie, de l'anesthésie, du coma, des contractures, et surtout de l'élévation de la température qui ne descend que peu dans les intervalles des accès.

Dans la 2e période qui peut manquer, les accès disparaissent : on observe soit du coma, soit de la stupidité avec accès maniaques ; de l'amaigrissement, les lésions du décubitus, et une élévation nouvelle et plus lente de la température qui augmente avec le coma jusqu'à la mort, ou diminue dans la guérison.

La marche est rapide, la durée varie de trois à neuf jours : quatre fois sur sept, la mort a terminé la scène.

L'état de mal *hystéro-épileptique* diffère de l'état de mal épileptique par les caractères suivants : la température ne dépasse pas 38° ; la connaissance revient entre les crises ; les malades ne gâtent pas ; il n'y a pas d'hémiplégie. L'état de mal *éclamptique* ne peut se différencier que par les antécédents, l'albuminurie, la grossesse. Dans l'*urémie éclamptique*, la température descend, au lieu de monter.

Quant à l'anatomie pathologique, les lésions anatomiques sont encore à trouver, suivant l'expression de l'auteur. Il faut cependant noter une injection de la pie-mère et du cerveau, et un rapport entre la prédominance de cette injection sur l'un des hémisphères et l'hémiplégie du côté opposé.

Les émissions sanguines, le sulfate de quinine, la glace, sont les agents thérapeutiques qui ont donné les meilleurs résultats.

J. C.

Examination of the cervical sympathetic Nerve in a case of unilateral sweating of the head (Transpiration unilatérale de la tête, examen de la portion cervicale du grand sympathique), par E.-C. SEGUIN. (*The American Journal of the Medical Sciences, octobre* 1872.)

Il s'agit d'un homme de 50 ans, présentant, depuis nombre d'années, des sueurs d'un seul côté de la face et du cou. Lorsque je le vis pour la première fois, dit l'auteur, il était arrivé à la dernière période d'une cachexie que je supposai de nature cancéreuse, en me fondant sur l'existence d'une tumeur abdominale. Le soir où sa femme attira mon attention sur ce phénomène, il venait d'éprouver une violente douleur abdominale et se trouvait, à la suite, dans un état de transpiration presque générale. Les membres supérieurs et inférieurs et le tronc étaient seulement en moiteur, le côté gauche de la face (spécialement le front) était couvert de sueurs, et, au contraire, au delà de la ligne médiane, du côté droit, la peau était absolument sèche. Les pupilles étaient égales et également mobiles. On fit avec soin, au moyen du thermomètre du Dr Seguin, l'exploration de la température superficielle des deux régions temporales; il n'y avait pas la moindre différence. Le malade mourut le 7 mai dans le marasme. L'autopsie fut faite le 8, seize heures après la mort, le corps ayant été parfaitement conservé dans la glace. On trouva des masses cancéreuses (examen microscopique) dans la cavité abdominale et aussi derrière la clavicule gauche, en dehors du sterno-mastoïdien.

Le cordon sympathique du cou fut enlevé avec soin des deux côtés et plongé dans le sérum iodé. Le tronc du côté droit adhérait (plus que de coutume) à la gaîne des vaisseaux depuis la bifurcation de la carotide jusqu'au ganglion cervical supérieur, et présentait à ce niveau une injection assez marquée. Il n'y avait point de ganglion moyen. Le nerf du côté gauche, absolument normal, n'était en aucune façon compris dans la tumeur.

L'examen microscopique porta sur les ganglions et le tronc lui-même. Des deux côtés, les fibres nerveuses, le tissu conjonctif, les vaisseaux sanguins offraient toutes les apparences de l'état normal. On constatait, au contraire, dans les cellules nerveuses, une augmentation très-notable du pigment jaune; mais cette modification était absolument semblable des deux côtés, et par suite on ne peut en tirer aucune déduction pour expliquer les sueurs observées d'un seul côté pendant la vie.

Il serait désirable, dans des cas analogues, d'examiner la portion cervicale de la moelle aussi bien que le sympathique. A. SEVESTRE.

Zona spontané suivant la direction du troisième nerf intercostal, du brachial cutané interne et de son accessoire du côté droit, par M. COYNE. (*Annales de dermatologie, oct.* 1872.)

50 ans, carrier, ni rhumatismes, ni intoxication palustre, ni syphilis. Il a d'abord ressenti des picotements dans l'aisselle droite et à la partie infé-

rieure du bras du même côté; le lendemain il remarque sur les points précités des vésicules brillantes. Il entre à l'hôpital le sixième jour de sa maladie. L'éruption est alors très-confluente; elle siége le long du bord inférieur du grand pectoral au niveau du creux axillaire, et s'arrête à trois travers de doigt du bord droit du sternum après avoir décrit une courbe parallèle à celle que forme le troisième espace intercostal. En arrière, elle se présente sous forme de deux plaques ovalaires, à grand axe oblique en bas et en dehors, occupant la région comprise entre la crête des apophyses épineuses et le bord spinal de l'omoplate. Au bras et à l'avant-bras, l'éruption représente deux traînées qui suivent la distribution du brachial cutané interne et de l'accessoire de ce nerf, ce qui est d'autant moins étonnant qu'on sait que cet accessoire reçoit une branche importante du troisième nerf intercostal. Le malade sort guéri le 24e jour de sa maladie.

Cette observation justifie la remarque de M. Parrot, suivant laquelle les plaques vésiculeuses doivent siéger sur le trajet d'un rameau nerveux superficiel ; car, au niveau du moignon de l'épaule, il n'y avait pas d'éruption. Si dans le zona il y a lésion du nerf, cette lésion doit exister sur le tronc avant sa bifurcation en deux branches, c'est-à-dire au voisinage du trou de conjugaison. DEBOVE.

Note sur un cas de maladie du sommeil, par le Dr P. MARDUEL. (*Lyon méd.*, 27 *oct.* 1872, *n*° 22, *p.* 311.)

Sexe masculin, 25 ans, soldat. Le 26 juillet 1870, reçoit et rend un soufflet; tremblement général subit, 1 heure après, sommeil durant 71 heures. — En novembre 1870, sommeil de 3 jours — mars 1871, 5 jours — mai, 2 accès de 3 jours — juillet 2, mars 1872, accès de 48 heures. — 21 mars, début d'un accès bien observé; le sommeil est profond, les pupilles se tournent en haut quand on soulève les paupières; changements de position spontanés; insensibilité des téguments; quand on inquiète le dormeur, roideur tétanique des membres supérieurs, du tronc, des membres inférieurs, détente au bout de quelques secondes. Un courant électrique violent amène une attaque de convulsions cloniques et le réveil qui ne dure que 5 minutes; — l'accès dura 74 heures. — A la suite, épistaxis tous les jours; on observa plusieurs autres sommeils dans lesquels il se produisit des attaques convulsives spontanées. La température resta toujours normale. A la fin d'un accès de sommeil, on trouva une perte de poids de 1 kilogr. Le malade à l'état de veille ne rend que 17 grammes d'urée par 24 heures. — Il est encore actuellement en observation.

La maladie du sommeil n'a jusqu'ici été observée que sur des nègres. (Thèse du Dr Guérin, médecin de la marine, 1869.) L'observateur rapproche ce fait d'un cas observé par le Dr Ward Cousins dans *the Medical Times and Gazette*, 1863 et 1865 — résumé dans *Arch. gén. de méd.*, 1863 et 1865. J. C.

On thrombosis and embolism (De la thrombose et de l'embolie), par John LIDELL. (*The American Journal of the Medical Sciences, octobre* 1872.)

Beaucoup plus rarement qu'on ne l'a dit, la thrombose est le résultat d'une inflammation des parois vasculaires : telle est la proposition dans

laquelle peut se résumer le mémoire de Lidell. Après avoir défini les mots : thrombose et embolie, l'auteur rapporte un certain nombre d'observations qu'il range sous deux chefs : thrombose centrale et thrombose périphérique. *Thrombose centrale :* Le caillot se forme en général dans les cavités droites du cœur et peut amener la mort subite par embolie pulmonaire. On l'observe dans un grand nombre de circonstances : rhumatisme, puerpéralité, croup, tuberculose chronique et maladies cachectiques, fièvre typhoïde, rétrécisssements de l'urèthre, opérations chirurgicales, etc. Il peut aussi se former des caillots dans le ventricule gauche et ces caillots s'interposant entre les valvules mitrale ou sigmoïdes peuvent donner lieu à des bruits analogues à ceux des lésions organiques des valvules. La *thrombose periphérique* occupe ordinairement les veines, rarement les artères. Tous les cas rapportés par Lidell sont consécutifs à des traumatismes, et particulièrement à des fractures par armes à feu.

A. SEVESTRE.

A contribution to the diagnosis and treatement of aortic aneurism, par James LITTLE. (*The Dublin Journ. of med. sc., october* 1872.)

Little rapporte deux observations : l'une est celle d'une femme de 49 ans chez laquelle coexistaient un anévrysme de l'aorte abdominale et un cancroïde de la joue. — Dans un autre cas, relatif à un homme de 39 ans atteint d'anévrysme de l'aorte dorsale, le diagnostic fut fait d'après la considération des troubles fonctionnels et avant qu'il y eût des signes physiques.

Voici quels sont en pareil cas, pour l'auteur, les éléments du diagnostic :

A. — Douleur intense, mais limitée à une seule vertèbre, et qui n'est point exagérée par la percussion.

B. — Douleurs moins intenses, se faisant sentir dans une notable étendue des parois thoraco-abdominales.

C. — Signes stéthoscopiques d'une altération de l'aorte à son origine ou au niveau de la crosse.

D. — Atténuation de la douleur lorsque le malade se couche sur le ventre.

E. — Périodes de mieux relatif.

F. — Soulagement par les émissions sanguines, en particulier par les sangsues et par les applications de glace.

D'après J. Risdon Bennett, ce dernier signe a peu de valeur; car il a plusieurs fois aussi, dans le cas de *cancer*, observé du soulagement à la suite d'émissions sanguines.

A. SEVESTRE.

Anévrysme disséquant de la crosse aortique. Obs. recueillie par M. A. RENAULT, interne des hôpitaux. (*Un. méd.*, 2 *déc.* 1872, *n°* 143, *p.* 859.)

Les phénomènes présentés par ce malade étaient tels que les diagnostics d'asthme et de bronchite capillaire avaient été posés successivement. La mort eut lieu subitement, au 20e jour de la maladie. On trouva à l'autopsie un décollement des deux tuniques internes de l'aorte qui avaient

été séparées de l'externe le long de la portion ascendante de la crosse; le sang pénétrait dans cette poche par une ouverture déchiquetée située en avant sur la paroi aortique. La mort avait eu lieu par rupture du sac dans le péricarde. Plus de détails cliniques et anatomiques auraient permis, sans doute, à l'observateur de nous éclairer davantage sur les causes et la marche de cette curieuse lésion. J. C.

La forza aspirante del cuore e la attivita della diastole cardiaca considerata nello stato morboso ed in specie nell'adiastolia (La force aspiratrice du cœur et l'activité de la diastole cardiaque considérées dans l'état morbide et spécialement dans l'adiastolie), par le prof. Jean BRUGNOLI. (*Mémoire lu à l'acad. des sc. de l'institut de Bologne, séance du 25 avril 1872. — Compte rendu in Bulletino delle scienze mediche de Bologne, fasc. de juillet 1872.*)

Voici les conclusions formulées par l'auteur lui-même :

1° — Dans l'interprétation de certains états morbides de la circulation sanguine, on doit prendre en considération la force aspiratrice du cœur produite par l'activité de la diastole cardiaque.

2° — Le défaut de l'acte diastolique constitue un état morbide important que j'ai nommé adiastolie.

3° — Les signes principaux qui caractérisent cet état morbide et le différencient d'autres états analogues et de l'asystolie sont la stase périphérique ou cyanose sans gonflement des veines de gros calibre et des jugulaires, les œdèmes moins prononcés, la non-suppression de la sécrétion urinaire, l'absence du second bruit du cœur; tous symptômes que la physiologie pathologique explique assez bien par un défaut d'aspiration diastolique.

4° — Les observations cliniques m'ont conduit à confirmer que la digitale a le pouvoir de rendre énergique la systole du cœur, et d'autre part, autant qu'il m'a semblé, à trouver dans la caféine le pouvoir d'activer la diastole.

5° — Enfin, il me paraît que les cyanoses dites encéphaliques par les pathologistes trouvent une juste interprétation dans la doctrine de l'adiastolie. BARÉTY.

Adhérences du péricarde, symphyse cardiaque, par P. LOZE. — *Thèse inaugurale, Paris,* 1872.

Une observation communiquée par M. Labadie-Lagrave et des recherches très-consciencieusement faites ont été la base de ce travail, pour lequel l'auteur a mis à contribution les travaux de Bouillaud, Cruveilhier, Beau, Aran et Potain en France; ceux de Hope, Gairdner, Kennedy, Stoke, Sanders, William et Sibson en Angleterre; de Skoda, Friedreich et von Dusch en Allemagne. Voici les conclusions de cet ouvrage :

1° — Les adhérences du péricarde avec le cœur sont consécutives à l'inflammation du sac fibro-séreux.

2° — Elles sont constituées par des néo-membranes.

3° — Les néo-membranes sont susceptibles de subir les transformations celluleuse, fibreuse, tuberculeuse, osseuse ou ostéiforme.

4° — Le plus souvent, la symphyse cardiaque entraîne des lésions de nutrition que nous signalons par ordre de fréquence :

Dilatation avec hypertrophie ;

Hypertrophie ;

Atrophie ;

Dégénérescence graisseuse.

5° — Les symptômes généraux ne sauraient en aucune façon établir le diagnostic.

6° — Au nombre des signes physiques proposés par les auteurs, ceux de Sanders et de Heim, de Friedreich et von Dusch pourront, dans des conditions déterminées, donner une certitude presque absolue.

Voici quels sont ces signes :

Pour Sanders et Heim, on reconnaît ces adhérences par l'existence d'un mouvement perpétuel, d'une très-forte ondulation, se montrant plus bas que celle que l'on sent naturellement dans la région du cœur. La cause de cette ondulation est l'attraction du diaphragme par le péricarde et la pointe du cœur au moment de la systole cardiaque, d'où une dépression sous les côtes gauches, suivie ensuite d'une élévation de la peau au même endroit, au moment de la diastole cardiaque et de l'abaissement de la pointe. Ces alternatives de dépression et d'élévation constituent le mouvement d'ondulation.

D'autre part, Friedreich signale les symptômes suivants :

1° — Retrait systolique de toute la paroi thoracique en rapport avec le cœur, depuis le mamelon jusqu'à l'extrémité inférieure du sternum.

2° — Rebondissement diastolique de cette même portion du thorax, conséquence naturelle du retrait systolique.

Von Dusch enfin a signalé : 1° la position invariable du cœur, 2° l'absence du premier bruit, 3° la dépression systolique, déjà signalée par Friedreich, 4° le soulèvement brusque et subit des veines du cou plus ou moins turgescentes, auquel succède, pendant la diastole, un collapsus veineux rapide. Ce dernier signe, ceux signalés par Friedreich, Sanders et Heim sont surtout caractéristiques des adhérences du péricarde.

A. G.

Pericarditis and pleurisy, with general symptoms of acute rheumatism, but no joint affection, in a case of preexisting aortic regurgitation; recovery (Péricardite et pleurésie, avec symptômes généraux d'un rhumatisme aigu, pas de gonflement articulaire, insuffisance aortique antérieure), par BROADBENT. (*Brit. Med. Journ.*, 2 *novembre* 1872.)

Le sujet de cette observation est un rhumatisant, atteint de péricardite et de pleurésie ; la péricardite masque en partie les bruits anormaux qui existaient auparavant à la base du cœur. Le malade guérit, mais l'auteur craint que la péricardite, en créant des adhérences, ne vienne encore entraver davantage l'action du cœur déjà gênée par la lésion ancienne, ce qui aggrave le pronostic malgré la guérison apparente du malade. A. G.

Case of rupture of the heart by J. LOWE. (*Lancet*, 12 *octobre* 1872.)

Le sujet est une femme de 66 ans de bonne santé habituelle, elle eut un peu d'oppression suivie de pâleur et de la douleur très-peu de temps avant sa mort (14 heures environ).

Autopsie.— Tissu adipeux en assez grande quantité dans le médiastin et en avant du cœur qui est mou et flasque. Le péricarde était rempli par un caillot et du sang liquide. Il y avait une rupture de l'organe au niveau du ventricule gauche, parallèlement au sillon interventriculaire; elle s'étendait jusqu'à un pouce au-dessus de la pointe. Le ventricule droit était vide, le gauche rempli par un caillot qui sortait par l'ouverture pathologique. Intérieurement, la fissure était moins large qu'extérieurement. A ce niveau, les parois ventriculaires étaient plus minces que partout ailleurs.

(Il aurait fallu dans ce cas examiner avec soin l'état des vaisseaux et faire l'étendue microscopique du tissu du cœur. Diverses observations récentes, publiées surtout en France, ont fait voir que ces ruptures étaient plus souvent qu'on ne le croit généralement la conséquence d'une oblitération d'une des branches des artères coronaires. (*Bull. de la Soc. de biologie* et *Bull. de la Soc. anat.*, 1867-71.) A. G.

Cyanosis with deficiency of the interventricular septum, by J. JOHNSTON.
(*British medical Journal*, 28 *september* 1872.)

Le sujet de cette observation a 9 ans, il s'est bien porté jusqu'à 7 ans, et n'est malade que depuis 2 ans. Il a depuis ce temps de la dyspnée, des douleurs sous-sternales, des vertiges, enfin des attaques épileptiformes et de la cyanose. M. Johnston l'examine le 6 février 1872. Il constate une cyanose généralisée; le cœur bat à l'endroit habituel, il existe un murmure systolique fort et rude vers le milieu du sternum, au niveau du cartilage de la quatrième côte, ce bruit disparaît vers la deuxième côte gauche; mais dans le deuxième espace intercostal droit, on entend un doux murmure au niveau de l'artère pulmonaire. Il n'y a pas de pouls veineux. Le premier bruit morbide, très-net quand le malade est dans la position horizontale, disparaît fréquemment dans la position verticale, en même temps surviennent un sentiment de faiblesse, de l'angoisse, et enfin des convulsions. Tous les autres organes paraissent sains. Dix jours avant la mort il survient de la congestion pulmonaire, sans hémoptysie, les attaques épileptiformes sont nombreuses, mais l'intelligence reste intacte. L'auteur discute le diagnostic et, après avoir rejeté l'idée d'une lésion valvulaire, d'une oblitération partielle de l'artère pulmonaire, il s'arrête à celle d'une réouverture du trou ovale.

Autopsie. — On trouve une cavité ventriculaire unique avec étroitesse de l'artère pulmonaire et perméabilité du canal artériel.

Remarques. — Sandifort, Tiedeman, Quain et Farr ont cité des cas de ce genre, mais dans lesquels la paroi interventriculaire n'avait pas disparu entièrement. L'auteur tire de cette observation les considérations intéressantes qui suivent :

1°—La prolongation de la vie a été considérable : dans les faits analogues la mort arrive habituellement au bout de peu de jours ou de mois.

2° — La cyanose a été tardive : G. Hewt rapporte l'observation d'un enfant de 5 mois chez lequel la cyanose ne survenait que lorsqu'on le remuait trop. Dans ce cas l'orifice pulmonaire était oblitéré, et la paroi interventriculaire incomplète.

3° — L'artère pulmonaire avait un petit calibre, et le canal artériel, volumineux, constituait la voie par laquelle le sang allait aux poumons. Le Dr Peacock a vu un cas où ce canal était absent : le sang allait de l'aorte

aux poumons par des vaisseaux collatéraux. Il a vu aussi comme dans ce cas le murmure systolique disparaître suivant le changement de position de l'enfant.

4° — Dans des faits analogues observés par d'autres, les poumons se dilataient peu, il y avait même de l'atélectasis ; dans une observation les troubles pulmonaires ne se sont montrés qu'à la fin.

L'auteur avait cru pendant la vie à une réouverture du trou ovale à cause de l'absence de dilatation de l'oreillette droite et des cavités droites du cœur. Enfin, malgré les attaques épileptiformes, l'intelligence était intacte. M. Johnston suppose que ces attaques étaient sous l'influence de la rétention d'acide carbonique dans le sang. A. GOUGUENHEIM.

Three cases of sudden death, by J. M. BARRY. (*Brit. Med. Journ.*, 5 *oct.* 1872.)

1er cas. — Homme de 41 ans, dyspeptique, accusant une sensation d'étranglement pendant la nuit : le cœur et les poumons ne présentaient aucun signe particulier. Le malade mourut subitement. On trouva un anévrysme de l'aorte descendante, derrière le cœur ; en se rompant, il avait rempli la plèvre de sang. Cette tumeur n'avait déterminé ni dysphagie, ni altération des vertèbres. Le Dr Barry croit que la sensation d'étranglement tenait à la situation de l'anévrysme couché sur l'œsophage. Stokes et Walshe, dans leurs ouvrages, reconnaissent aussi la difficulté de diagnostiquer ces petits anévrysmes.

2e cas. — Femme de 21 ans, affection du cœur et vomissements fréquents de matières alimentaires, mort subite. On trouva une communication entre les deux ventricules, à travers la paroi interventriculaire ; elle était dirigée obliquement depuis la partie inférieure de l'orifice aortique jusque derrière la tricuspide. Les orifices étaient à peu près intacts ; le péricarde offrait des adhérences. L'estomac présentait une sorte de resserrement au milieu de la grande courbure ; cette disposition était probablement la cause des vomissements. L'auteur note comme particularité intéressante l'absence de cyanose.

3e cas. — Mort subite par suite de dégénérescence graisseuse du cœur, distension anévrysmatique des parois au-dessous de l'aorte, et rupture dans le péricarde.

Le Dr Barry insiste sur la fréquence des lésions cardiaques dans les cas de mort subite. A. G.

Sur l'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë, auxquels on vient de pratiquer la thoracocentèse, par M. A. LABOULBÈNE. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 21, 18 nov. 1872, p.* 1283.)

La température rectale, prise immédiatement après avoir pratiqué la thoracocentèse chez un malade atteint de pleurésie aiguë, s'élève constamment de deux à trois dixièmes de degré centigrade au-dessus de ce qu'elle était avant l'opération. Cela s'explique par le rétablissement des actions moléculaires dans les parties comprimées du poumon. La température axillaire est généralement plus basse après qu'avant la thoracocentèse ; mais cela provient de ce qu'il a fallu découvrir le malade pour pratiquer l'opération. H. TH.

Clinical lecture on a case of hydropneumothorax, by H. THOMPSON, physician to the Middlesex hospital. *(British med. Journ., 5 october 1872.)*

Les points intéressants de cette leçon sont les suivants : la tuberculisation, bien que ce malade fût en traitement depuis quelque temps, ne fut reconnue qu'à une période assez avancée de la maladie. Quoique le liquide fût évacué à plusieurs reprises par la thoraceuthèse, des vomiques fort abondantes ne s'en montrèrent pas moins, et la mort survint brusquement, causée par une suffocation littéralement foudroyante. A ce propos, Thompson pense que ce dénoûment eût pu être retardé si on avait introduit dans la plèvre un tube à drainage qui aurait facilité l'écoulement, prévenu ou tout au moins diminué les vomiques et surtout empêché cette suffocation qui avait été causée par l'accumulation brusque du liquide dans les bronches et la trachée et l'impossibilité où fut le malade de s'en débarrasser. A. G.

Ulcération tuberculeuse de la langue ; *notes lues à la soc. méd. des hôpitaux, 12 juill. et 25 oct. 1872, par le Dr* **FÉRÉOL, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.** *(Un. méd., nov. 1872, p. 717, 729 et 750.)*

Dans une première note, M. Féréol décrit une ulcération de la langue qu'il a observée sur un malade de son service et en recherche la nature : il écarte, après discussion, l'hypothèse du cancroïde et celle de la syphilis ; il pense que l'existence de mauvaises dents, l'usage de la pipe ont amené cette ulcération, et que la tuberculose évidente chez ce malade lui a imprimé un cachet de spécificité que la forme et la marche de la lésion permettent de reconnaître.

M. Cornil ayant examiné différents morceaux de la lésion enlevés sur le malade avec des ciseaux n'y a trouvé que des papilles linguales hypertrophiées et des bourgeons de tissu embryonnaire. Cet ulcère est pour lui analogue aux ulcères dits tuberculeux dans lesquels ne se trouvent pas de granulations tuberculeuses.

M. Féréol, dans la seconde note, rapporte que ce malade est mort phthisique trois mois après le premier examen : à l'autopsie on constata des lésions tuberculeuses étendues des poumons, des intestins, du larynx et de la trachée. L'ulcère de la langue a été examiné par M. Thaon, qui a reconnu dans ses parois la présence de nombreuses granulations tuberculeuses : le microscope a donc vérifié exactement le diagnostic porté pendant la vie.

M. Féréol fait suivre cette observation de réflexions sur la marche, le diagnostic et la nature de cette lésion rare : il insiste sur la présence de petits points jaunes autour de l'ulcère, dus à de petits abcès sous-épithéliaux et pathognomoniques ; il fait remarquer que la granulation tuberculeuse manque souvent dans les ulcères de la phthisie laryngée, comme dans les ulcères tuberculeux de la langue et pense, avec M. Ranvier, que la présence des granulations n'est pas absolument indispensable pour caractériser la nature tuberculeuse d'une lésion, contrairement à l'opinion de Virchow. J. C.

Cancer of the Stomach with Extension of the Disease posteriorly, marked by a peculiar diagnostic feature rarely met with (Cancer de l'estomac, particularités du diagnostic), par Robert P. HARRIS. *(The American Journal of the Med. Sciences, october 1872.)*

Un homme de 58 ans, n'ayant jamais eu d'autres accidents morbides que des accès d'asthme maigrissait et pâlissait depuis quelque temps sans dérangement appréciable dans sa santé générale, lorsqu'il fut pris de quelques nausées, puis de vomissements et d'hématémèse. Mais les symptômes dominants étaient un dégoût profond pour les aliments (c'était jusqu'alors un très-grand mangeur) et des douleurs épigastriques avec éructations gazeuses continuelles. La palpation et la percussion révélaient la présence d'une tumeur un peu à droite et au-dessous du siége du pylore. Cette tumeur était presque absolument immobile et conservait les mêmes rapports, dans quelque position que l'on examinât le malade. En déprimant la paroi abdominale, la main appréciait d'abord une sorte de rénitence élastique, puis, après avoir éprouvé une sensation de gargouillement, arrivait sur une partie très-dure. En retirant les doigts graduellement, la même sensation de gargouillement se reproduisait. La sensation était tout à fait comparable à celle qu'on trouve dans le phlegmon diffus (mélange de pus et de gaz).

Le malade mourut 25 jours après l'apparition des premiers symptômes du côté de l'appareil digestif. — L'autopsie devait donner la raison des signes observés. — L'orifice pylorique, complétement libre, admettait facilement le pouce. — La lésion affectait surtout la demi-circonférence postérieure ; la paroi antérieure de l'estomac était seulement un peu épaissie, mais souple. La tumeur envoyait en arrière un prolongement qui la rattachait solidement à la colonne vertébrale, sans cependant intéresser aucun des organes voisins. L'estomac était dilaté et rempli de liquide, et c'était en passant d'un côté à l'autre de la tumeur que ce liquide se mélangeant aux gaz donnait lieu au gargouillement.

A. SEVESTRE.

Spontan geheilter Echinococcus der Leber mit Abgang der Blasen durch die Gallengænge und den Darm (Echinocoque du foie guéri spontanément après la sortie des hydalides par les voies biliaires et l'intestin), von Dr Robert BAHRDT, I. Assistenzarzt der medicin. Klinik zu Leipzig. *(Archiv der Heilkunde, Leipzig, sept. 1872.)*

La malade, frappée de péritonite puerpérale trois ans et demi après sa guérison, succombe dans le service du professeur Wunderlich. Détails circonstanciés sur le mode d'élimination spontanée des hydatides, d'où il résulte que les hydatides n'ont pu être éliminées que par les voies biliaires.

M. K.

Ueber die Manuale Rectal-Palpation der Becken und Unterleibsorgane (Sur la palpation, à travers le rectum, des organes pelviens et abdominaux), par le prof Gustave SIMON de Heidelberg. *(Deutsche Klinik, n° 46, 16 novembre 1872.)*

L'auteur a traité de cette question au congrès des chirurgiens allemands, et son rapport a été publié dans *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XV. De nouvelles observations faites sur un grand nombre de malades

lui ont donné des résultats qui peuvent compléter sa publication antérieure.

La position du malade doit être la même que pour la taille, ou bien le décubitus dorsal avec les membres inférieurs ainsi que la tête fléchis sur l'abdomen; cette cavité devient ainsi moins longue. L'introduction de la main, préalablement graissée, se fait peu à peu; on fait pénétrer d'abord deux doigts, puis deux autres, puis le pouce, en produisant par les mouvements de ce doigt une dilatation successive du rebord cutané et du sphincter anal. Cette dilatation peut être portée à plus de 25 centimètres de circonférence. Le malade doit être fortement anesthésié pour obtenir le relâchement complet du sphincter. Dans les cas où la dilatation est assez difficile pour faire craindre une déchirure, on fait de petites incisions à l'anus ou une section sur le périnée. De nombreuses explorations faites et souvent répétées chez le même malade ont démontré à l'auteur que ce procédé n'est jamais suivi de relâchement du sphincter, lors même que celui-ci a été amené au plus haut degré de dilatation.

On peut pénétrer dans le gros intestin avec la main entière jusqu'au niveau du ligament de Douglas, où la dilatation extrême ne permet plus que le passage des quatre doigts. On peut ainsi explorer à travers la paroi de l'intestin des organes situés assez haut, et l'on pénètre à 15 centimètres plus haut que par la méthode ordinaire. T. K.

Cancerous tumour of pelvis; complete obstruction of left ureter, with partial closure of left iliac vessels (Tumeur cancéreuse du bassin, obstruction complète de l'uretère gauche avec oblitération incomplète des vaisseaux iliaques gauches), par J. WILSON-STEELE. (*Lancet*, 23 *nov.* 1872.)

Femme de 40 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, qui ne se plaignit que quelques jours avant son entrée à l'hôpital et dont la maladie se termina par la mort, 15 jours après son admission. Elle accusait des douleurs très-vives dans la jambe et la cuisse gauches, qui furent bientôt le siége d'un œdème; le pouls fémoral était lent, l'urine rare. Deux jours avant la mort, écoulement de liquide par le vagin, péritonite et mort.

Autopsie. — Tumeur au côté gauche du bassin, aplatissant l'uretère gauche, les vaisseaux iliaques et le nerf sciatique, s'étendant jusqu'au vagin et à la vessie auxquels elle adhérait. L'examen microscopique démontra la nature cancéreuse. L'uretère gauche était excessivement dilaté ainsi que le rein correspondant. La tumeur avait provoqué de l'inflammation, puis un abcès qui s'était écoulé par le vagin pendant la vie.

Cette observation est intéressante par la marche rapide des accidents et leur apparition tardive. Il est fâcheux que pendant la vie on n'ait pratiqué ni le toucher rectal ni le toucher vaginal, qui auraient certainement permis de reconnaître la cause des accidents. A. G.

Du mode de développement des parotites dans les fièvres graves, par M. le professeur SCHUTZENBERGER. (*Soc. de méd. de Strasbourg, in Gaz. méd. de Strasbourg, n° 7, décembre* 1872.)

D'après M. Schützenberger, le développement dans les fièvres graves, de fuliginosités sur les lèvres, les dents et la langue, c'est-à-dire d'un

dépôt formé par du mucus concret, de débris d'épithélium, des cryptogames, d'un peu de sang, et la formation assez fréquente de pellicules de fausses membranes ayant un aspect diphthéritique, peuvent exercer sur la muqueuse buccale une irritation capable de se transmettre à la parotide par le canal de Sténon. De même la surdité des typhiques doit se rattacher le plus souvent à des inflammations de la caisse transmises du pharynx par la trompe d'Eustache.

Ainsi donc, l'adynamie ne peut, dans les fièvres graves, produire par elle-même et de toutes pièces l'inflammation des parotides. Entre l'adynamie et la parotite se trouve un intermédiaire qui est l'affection buccale. Aussi, pour prévenir le développement de ces accidents ou les enrayer dans leur marche, convient-il de ne pas négliger des soins hygiéniques ou thérapeutiques appropriés : collutoires d'eau vinaigrée, alcoolisée ; cautérisation des fausses membranes avec l'acide chlorhydrique, badigeonnage avec une solution concentrée de chlorate de potasse, etc. H. H.

Disease of the aortic valves; ulceration of the valves; acute cerebro-spinal meningitis; ossified aneurismal sac at the commencement of the aortic valves, dans Clin. Cases, par S. O. HABERSHON. (*Guy's. Hosp. Rep., p.* 449, 1872.)

Chez un homme de 45 ans admis pour une maladie du cœur, l'autopsie a révélé une forme grave d'endocardite ulcéro-végétante avec embolies multiples et méningite cérébro-spinale suppurée.

L'auteur fait observer que cette inflammation des membranes du cerveau et de la moelle doit être considérée dans ce cas comme la conséquence de l'affection ulcéreuse des valvules aortiques, et qu'elle constitue ainsi une particularité insolite d'un grand intérêt clinique. Le docteur Moxon rechercha vainement des embolies capillaires ; mais l'auteur pense que le sang devait être altéré par les lésions valvulaires, et dans une condition analogue à celle qui existe dans la pyohémie.

Single unsymétrical kydney, filled with Pus, and forming abdominal tumour. Docteur WILLARD, 14 *avril* 1870. (*Proceedings of the path. soc. of Philadelphia* 1871, *V. III, p.* 170.)

Cette observation est suivie d'un index bibliographique de trente-trois cas de rein unique, publiés depuis 1863, dans les recueils anglais et américains, et faisant suite aux cas indiqués par Mosler *in Archiv. d. Heilkunde*, 1863, p. 290. C. P.

Scarlat fever and syphilis, a suggestion, by E. WOAKES. (*Brit. med. Journ.*, 5 *oct.* 1872.)

L'auteur rapporte, qu'ayant dans une épidémie de scarlatine assez bénigne, soigné quelques cas qui se sont terminés par la mort et cela seulement dans trois familles, il fut frappé de la rencontre de ces cas funestes chez des enfants qui avaient été atteints d'une syphilis constitutionnelle héréditaire. Il se demande alors si cette coïncidence serait fortuite ou

bien si la syphilis n'avait pas aggravé la maladie dans ces quelques observations. A. G.

Clinical observations on the dengue fever of India (Observations cliniques sur la fièvre dengue dans l'Inde), par William W. DUNKLEY. (*Brit. med. Journ.*, 5 *oct.* 1872.)

Ce terme dengue est une corruption du mot dandy, nom sous lequel les indigènes appellent cette maladie à cause de la démarche roide, particulière, qu'affectent les malades en raison des douleurs articulaires qu'ils accusent. Le plus souvent il n'y a pas de prodromes et le début est marqué par l'apparition d'une rougeur (rash) très-vive à la face ou sur tout le corps, éruption analogue à celle de la scarlatine ; le rash manque rarement. Il disparaît très-vite ou définitivement, ou pour reparaître par moments. Il peut parfois aussi affecter les apparences de la rougeole ou de la scarlatine. Le pouls est habituellement peu fréquent, caractère qui distingue cette maladie de la rougeole et surtout de la scarlatine. La langue a une couleur argentée, l'enduit en est très-mince, la pointe est rouge.

Un autre caractère presque constant de la maladie et qui lui donne son nom pour la raison indiquée déjà, c'est la présence de douleurs aiguës et très-erratiques se montrant dans toutes les jointures, souvent sans rougeur ni gonflement. Il existe habituellement une céphalalgie assez intense. Le plus souvent cette maladie est bénigne et les douleurs se calment aisément par une médication anodine. A. G.

Pneumonies et fièvres intermittentes pneumoniques avec tracés thermographiques, par le Dr ARMAINGAULT. (*Paris ; Adrien Delahaye*, 1872.)

L'auteur, s'appuyant sur deux observations personnelles et sur les cas observés par d'autres observateurs, admet, contrairement à l'opinion énoncée par M. le docteur Colin dans son *Traité sur les fièvres intermittentes*, l'existence de fièvres intermittentes à détermination pneumonique.

Ce Mémoire se termine par 6 observations de pneumonies accompagnées de leurs courbes thermographiques. H. H.

Note sur la composition de l'urine de la fièvre bilieuse dite hématurique, par BÉRENGER-FÉRAUD et TROUETTE. (*Gazette des hôpitaux*, 14 *décembre* 1872.)

On sait que dans la fièvre bilieuse, dite hématurique, on a des urines noires ou brunâtres que l'on a comparées à l'infusion de café, à l'encre, au sang veineux, ce qui explique les noms de *fièvre bilieuse hématurique, néphrorrhagique, ictéro-hémorrhagique* sous lesquels on désigne communément cette maladie.

Ajoutons que Hugoulin (de Bourbon) et Bories disent avoir trouvé dans cette urine des globules sanguins déformés, et que Pellarin a fixé les circonstances qui empêchaient de les rencontrer dans certains cas, par exemple quand les urines sont alcalines au moment de l'émission.

D'autre part, un grand nombre d'observateurs n'ont jamais trouvé de globules sanguins dans cette urine.

La question en étant là, voici les résultats des recherches de MM. Béranger-Féraud et Trouette :

1° — L'urine de la fièvre bilieuse dite hématurique ne contient pas traces de sang, et la couleur très-remarquable qu'elle possède est due à la présence d'une forte quantité de matières biliaires.

2° — Les matières colorantes biliaires qu'elle contient en grande quantité, et qui lui donnent cette teinte noirâtre, analogue au vin de Malaga, à l'infusion de café, etc., etc..., sont la bilirubine et la bilifuscine, auxquelles nous devons ajouter les acides biliaires.

3° — Ces matières biliaires se retrouvent aussi dans le sang à la sortie du foie.

Pour arriver à ces résultats, MM. Bérenger-Féraud et Trouette ont d'abord débarrassé l'urine de l'albumine qu'elle contient en grande quantité, au moyen de l'alcool à 90°. Puis, par évaporation, ils ont obtenu un précipité qu'ils ont reconnu être en partie de la bilirubine.

Le reste du précipité, insoluble dans le chloroforme, était de la bilifuscine.

Les acides biliaires ont été reconnus par le réactif de Petenkoffer, après avoir traité l'urine par l'alcool à 90°, l'avoir filtrée, l'avoir de nouveau traitée par l'alcool absolu, filtrée et évaporée. Le résidu étendu d'un peu d'eau fut traité par l'acétate de plomb ; on fit bouillir le précipité obtenu après l'avoir lavé dans une solution de carbonate de soude, on l'évapora ensuite, on traita par l'alcool, on évapora de nouveau, puis on fit intervenir le réactif de Petenkoffer sur la dissolution aqueuse de ce dernier précipité. A. J.

Die Harnbestandtheile bei Morbus Addisonii (Les éléments de l'urine dans la maladie d'Addison), par Jul ROSENSTIRN. *(Archives de Virchow, t. LVI, n° 142, novembre 1872, p. 27-37.)*

Chez deux malades atteints de maladie bronzée d'Addison, des analyses de l'urine ont été faites journellement pendant plusieurs mois : elles ont toujours donné une diminution considérable de la quantité d'urée excrétée, de 12 à 20 grammes dans les 24 heures, et une augmentation notable de la quantité d'indican, qui devient de 11 à 12 fois la normale.

H. TH.

On a case of acute glanders in the hunan Subject (Observation de morve aiguë chez l'homme), by Sidney CAPTAND. *(Med. Times and Gaz., 5 octobre 1872.)*

Un homme de 35 ans entre à l'hôpital, le 30 avril 1872, dans les circonstances suivantes : Le 19 du même mois il avait perdu un cheval après 6 jours de maladie. Le cheval avait présenté un écoulement abondant par le nez et les yeux. Dès le lendemain de la mort de son cheval, cet homme avait été pris de fièvre avec frissons, et les jours suivants il était tombé dans un état de demi-prostration, avait été pris de toux avec peu d'expectoration,

mais quelques crachats sanguinolents; la face était très-rouge; la soif intense; plusieurs abcès s'étaient formés sur le front, les bras et les cuisses.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, 30 avril, prostration extrême, mais intelligence conservée, pas de douleur sur aucun point, soif vive, constipation. L'œil gauche était fermé par suite d'une tuméfaction érythémateuse de la paupière; l'œil droit injecté, l'arrière-gorge également injectée sans traces d'ulcération ni de pustules; pas d'écoulement nasal. Le malade a une petite toux incessante, à peine d'expectoration. Tout le corps est couvert d'une éruption papuleuse et pustuleuse qui rappelle tout à fait sur plusieurs points l'éruption variolique. Sur d'autres points, les pustules sont plus larges que dans la variole. A la face antérieure et interne de la cuisse droite, plusieurs petits abcès sous-cutanés. — 128 battements du cœur, les respirations courtes et pénibles. — Une goutte de sang examiné au microscope fait voir une augmentation considérable des globules blancs. Les globules rouges n'ont pas la disposition ordinaire; ils sont agglomérés en masses irrégulières; pas de bactéries, ni rien qui y ressemble; quelques filaments de fibrine et un grand nombre de corpuscules très-petits et très-réfringents et groupés en masses, du volume d'un globule rouge. — Le même jour, le malade tomba dans une prostration complète et mourut au 10e jour de maladie.

Autopsie. — Les pustules sont remplies d'une matière qui est plutôt caséeuse que purulente. Les abcès sous-cutanés renferment un pus sanieux. Nulle part les ganglions lymphatiques ne sont hypertrophiés. A l'œil nu pas de lésions cérébrales ni médullaires. Dans les poumons et dans le foie existent des noyaux très-distincts du tissu normal, d'une consistance ferme, non entourés d'enveloppe propre, d'une coloration d'un gris blanchâtre. Pas de lésions abdominales.

Au microscope, les noyaux durs pulmonaires sont constitués par des corpuscules de formes et de dimensions variables, agglomérés autour des vaisseaux et remplissant un grand nombre d'alvéoles. Autour de ces noyaux, les alvéoles environnants présentent les lésions de la pneumonie catarrhale.

Les nodules du foie sont formés par le tissu normal du foie et par un tissu cellulaire interlobulaire très-hypertrophié.

Autour de la moelle on voit les traces évidentes d'une inflammation aiguë et d'un épaississement chronique du tissu fibreux. Tout le long de la moelle, mais principalement au milieu de la région dorsale et dans l'épaisseur des parois vasculaires, le tissu connectif est hypertrophié. Nulle part on ne trouve le canal central, qui est remplacé par une prolifération de cellules en tout semblables à des leucocytes.

Remarques. — Dans ces cas, l'absence d'écoulement nasal pourrait faire pencher vers l'idée d'un cas de farcin aigu; mais, d'autre part, l'intégrité complète du système lymphatique ne permet pas d'admettre cette conclusion. Les nodules pulmonaires ressemblent à ceux qui ont été signalés par MM. Cornil et Ranvier, dans le cas d'Hérard (*Gaz. des hôpitaux*, 25 août 1868). Cependant, comme nombre, comme siége et comme diamètre, ils en diffèrent notablement.

L'absence de bactéries n'a pas une valeur absolue. Ces éléments, très-petits et peu nombreux, peuvent avoir échappé à l'œil de l'observateur.

Ce qui doit surtout frapper dans cette observation, ce sont les lésions signalées par l'auteur anglais du côté de la moelle. Il rapproche ces altérations de lésions tout à fait semblables qui ont été trouvées dans l'hydrophobie, le tétanos, la paralysie agitante, et il se demande si elles n'existeraient pas aussi dans la pyémie. J. DUBRISAY.

Sur la ladrerie chez l'homme, par le Dr E. LANCEREAUX, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. (*Arch. gén. de médecine, novembre* 1872.)

M. le docteur Lancereaux donne une observation fort intéressante de ladrerie développée chez une femme qui exerçait la profession de chiffonnière. Depuis deux ans, elle avait vu se développer de nombreuses saillies ou tumeurs à la surface de son corps, pouvant être évaluées à plus de mille et occupant le tronc, le cou et les membres dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles. Du volume d'une noisette ou d'un noyau d'olive, elles sont ellipsoïdes à grand diamètre parallèle à la direction des fibres musculaires ou des troncs vasculaires; elles sont lisses, régulières, dures, résistantes, mobiles, indolentes. Ces divers caractères les distinguent des hypertrophies de glandes lymphatiques qui se trouvent seulement aux parties pourvues de glandes nombreuses, telles que les aisselles et les aines; des névromes multiples qui sont douloureux et se développent dans des endroits où les troncs nerveux sont abondants; des fibromes qui sont moins mobiles. Pour éclairer le diagnostic, M. Lancereaux ponctionna une de ces tumeurs; il en sortit un liquide clair et transparent et une paroi kystique renfermant une seconde poche pourvue de crochets de cysticerque. Quelques mois après la malade, anémiée, affaiblie, se plaignait de dyspnée et d'essoufflement pendant la marche, de diminution des forces musculaires et de fatigue rapide, surtout aux membres inférieurs, symptômes en rapport avec le développement innombrable de ces tumeurs dans les muscles du thorax, peut-être dans le diaphragme et dans les poumons et aussi dans les membres inférieurs. — L'examen clinique du thorax et de l'abdomen ne dénotait cependant rien d'anomal du côté des divers viscères.

M. Lancereaux rapproche ce fait d'un cas observé par M. Delore, de Lyon, et où l'autopsie permit de fixer à deux mille environ le nombre de cysticerques développés dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-aponévrotique et intermusculaire. Ils occupaient surtout les points d'insertion des muscles. Il y en avait dans le diaphragme, sur les côtés du larynx, dans les poumons, dans le cœur, dans les centres nerveux. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, et *Gazette médicale*, 1853, p. 657.)

D'après M. Lancereaux, sa malade a dû prendre les germes de sa ladrerie dans les ordures qu'elle était obligée par sa profession de toucher sans cesse; venant à manger avec des mains imprégnées d'un proglottis, elle a pu avaler une quantité suffisante d'œufs pour produire sa maladie. Du reste, l'ingestion de viandes si souvent imprégnées de nombreux vers vésiculaires doit souvent donner naissance à la ladrerie. Aussi faudrait-il donner plus de soins à l'inspection des viandes de boucherie, pour empêcher le développement de cette affection parasitaire.

Comme traitement, l'auteur a expérimenté l'acide phénique à l'intérieur. On peut chercher aussi à détruire individuellement ces kystes en faisant, d'après le conseil de Davaine, dans chacun d'eux des injections de deux gouttes d'alcool à l'aide d'une seringue de Pravaz.

HENRI HUCHARD.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Annals of cholera from the liarest periods to the year 1871. — *Annales du choléra* depuis sa première apparition jusqu'à l'année 1871, par John MACPHERSON. (Londres, 1872.)

Notes of a cholera-epidemie, par C. BRIGSTOCKE. (*Brit. med. journal*, 30 nov. 1872).

Cholera-epidemie of 1872 in India, par BRYDEN (Lancet, 25 nov. 1872).

Varicelle et variole, par le docteur DOUILLARD. (*Un. méd.* n° 139, 23 nov. 1872, P. 803.)

Sopra il cow-pox (vairiolo delle vacche) scoperto nel comune di S. Lazzaro di Savena presso Bologna, il 31 octobre 1871 (Sur le cow-pox (variole des vaches), découvert dans la commune de Saint-Lazare de Savéne, etc.). — Communication faite par le docteur Ch. SOVERINI à l'Acad. des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 4 avril 1872. — Compte rendu in : *Bulletino delle scienze mediche, de Bologne*, fasc., juillet 1872.

Note sur un cas d'asphyxie dans la variole, par le docteur Paul COLRAT. (*Lyon, méd.* nov. 1872. P. 381.)

Le scorbut observé au fort Boyard sur les détenus de la Commune, au point de vue de l'étiologie et du traitement, par A. BOISGARD. (*Thèse inaugurale*, 43 pages, Paris, 1872.)

Essenzialità e idiopatia della migliare. Rivista analitica. Jesi, 1872. (Essentialité et idiopathie de la miliaire, par GALLETTI.)

Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes normales et morbides, par le docteur BROWN-SÉQUARD, — traduites de l'anglais par le docteur BÉNI-BARDE. G. Masson. Paris, 1872.
Bonne traduction de leçons faites en Angleterre et en Amérique dans ces dernières années.

Clinical lectures delivered at the Bellevue hospital medical college, lecture VIII. — Cerebral hœmorrhage. — Lecture IX. — Cerebral hœmorrhage. — Hæmatoma of the dura mater. — Cerebral thrombosis with cross-paralysis (paralysie croisée), par le professeur W. HAMMOND. (*Journal of psychological medicine*, oct. 1872.)

Tumour in the right anterior lobe of the cerebrum. — Dr J. R. F. BELL. — 13 janv. 1870. — *Proceedings of the Path. soc. of Philadelphia*, 1871, vol. III, p. 155.

Ancienne syphilis; hémiplégie gauche; mouvements choréiformes des doigts de la main et du pied du même côté, par M. MORAT, ancien interne des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd.*, nov. 1872. P. 384.)

Note sur le cysticerque du cerveau, par les docteurs BECOULET et GIRAUD. (*Ann. medico-psych.*, nov. 1872.)

Cases of disease of the nervous system, with remarks, par S. WILKS (Guy's hospit. Rep. 1872, p. 145) : A case of aphasia. (Voir l'analyse, p. 134.) — A

case of hysteria, with remarks on diagnosis and treatment. — Contraction and spasmodic affection of the limbs. — Intermittent tetany. — Chronic spasmodic affections. — Contraction of the limbs and sclerosis of the spinal cord. — Local paralytic affections. — Ataxia. — Importance of discovering the origin of nervous diseases.

Weitere Beitræge zur Lehre von der Aphasie. (Contributions nouvelles à l'étude de l'aphasie), par le docteur F. CHROSTEK, professeur extraordinaire d'électro-thérapie au Josephinum (Ecole militaire de médecine), à Vienne. — In œsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. Août 1872.

Remarques sur l'aphasie, par le Dr RICOCHON. — Th. Paris, août 1872.

Embolism; obstruction of the middle cerebral artery; hemiplegia of the right side; aphasia; rheumatism; endocarditis; disease of the mitral valve. (Dans *Clinic. Cases*, par S. O. HABERSOHN.— Guy's Hosp. Rep. p. 436, 1872.)

Cases of acut spinal meningitis complicated with myelitis, by William STRANGE, M. D. — *Medic. Times and Gazette*, octob. 12, 1872.

Contribution à l'étude des formes symptomatiques de l'atrophie musculaire progressive, par G. SCHRAPF. (*Thèse inaugurale* de Paris. — 48 pages, 1872.)

Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur BOURNEVILLE. (1er fasc. Hémorrhagie et ramollissement du cerveau, in-8°, 168 p., Paris, 1872.)

De la contracture hystérique permanente, par les docteurs BOURNEVILLE et VOULET, in-8°, 105 p., Paris, 1872.

Case of acrodynia or neuralgia at the point of the finger. Prof. PAUCOAST. Philadelphia, *Med. Times*, 1er mai 1872.

Art. Catalepsie, par le docteur LINAS (*Diction. encycl. des sciences méd.*, t. XIII, 1re partie. — P. Asselin et G. Masson. — Paris, 1872.)

La rabbia canina vinta nella propria causa, nuove riflessioni et propose (La rage canine vaincue dans sa propre cause, réflexions et propositions nouvelles). Turin, 1872, par le docteur BERTACCHI.

Case of hydrophobia, par C. DOBSON. (*Brit. med. journal*, 9 nov. 1872.)

Rabies and hydrophobia; their history, nature, causes, symptoms and prevention; by G. Fleming. London, Chapman and Hall. 1872; in-8°. — (La rage et l'hydrophobie; leur histoire, leur nature, leurs causes, leurs symptômes et leur traitement préventif.) — Note analytique, par M. BOULEY. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. LXXV, n° 16, 14 oct. 1872, p. 894-896.)

Observation d'un cas de rage, par RIOCHE. (*Thèse inaugurale* de 29 pages. Paris, 1872.)

On thrombosis and embolism. — Cases with comments. (Thrombose et embolie — cas avec commentaires, par G. JOHNSON. (*Brit. med. journal*, 30 nov. 1872.)

Ueber den Doppelton in der Cruralis bei Insufficienz der Aortenklappen (Sur le double bruit de l'artère crurale dans l'insuffisance aortique). Prof. TRAUBE

(*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 25 nov. 1872, traduit dans la *Gazette hebdomadaire* du 6 décembre 1872.)

Des affections ulcéreuses du cœur dans les maladies graves, par C. CAUBET. (*Thèse inaugurale*, Paris, 1872.) — Monographie complète de l'endocardite ulcéreuse, d'après les recherches de ces vingt dernières années.

On the affections of the heart and its neighbourhood. By Horace DOBELL. (Londres, 1872.)

Cardiac disease; imperfect septum between the ventricles. (Dans *Clin. cases*, par S. O. HABERSOHN. — Guy's Hosp. Rep, p. 443, 1872.)

Case of mitral disease; embolisme, dry grangrene, hemiplegia, death. (*Lancet*, 12 oct. 1872.)

Disease in three valves of the heart, aortic, mitral and tricuspid : contracted granular kidney; congestion of liver; dropsy appearing very late. Death. (Affection des trois valvules aortique, mitrale et tricuspide ; rein granuleux et atrophié, foie congestionné, hydropysie très-tardive. Mort.) BY BROADBENT (*Brit. med. journ.*, 2 nov. 1872.)

Des intermittences cardiaques, par le prof. Ch. LASÈGUE. (*Arch. génér. de méd.*, décembre 1872.)

Phlegmatia alba dolens : LE GALL. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 372.)

Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, par E. J. WOILLEZ (in-8°, 650 p., 8 pl., Paris, Ad. Delahaye, 1872.)

Art. Catarrhe, par le docteur BROCHIN (*Dict. encycl. des sciences méd.*, t. XIII, 1re partie.)

Notes et réflexions sur quelques points de la pleurésie aiguë, par Michel DUPONT. (*Thèse de Paris*, n° 425, 1872.)

Phthisie laryngée : DEEL. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 357.)

De l'influence de la fièvre typhoïde sur la phthisie pulmonaire, par le docteur HEUROT. (*Thèse*, Paris, 1872.)

L'angine couenneuse, le croup et les vésicatoires, par le docteur J. QUISSAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. (*Montpellier médical*, n° 5, nov. 1872.)

Remarques sur le cancer du pylore : Vermeil. (*Thèse de Paris*, 1872, n. 323.)

Études sur la dyssentérie, par AHMET-NADIM. (*Thèse inaugurale de Paris*, 128 pages, 1872.)

Clinical lecture on a case of internal intestinal obstruction, par J. W. HULKE. (*Med. Times and Gaz.*, 2 nov. 1872, II, p. 482.)

Injury to abdomen, typhlitis, perforation of the vermiform appendix, peritonitis, death. (Contusion de l'abdomen, typhlite, perforation de l'appendice vermiforme, péritonite, mort), par Howard MARSH. (*Brit. med. journ.* 9 nov. 1872.)

Case of colloïd cancer of peritoneum and right ovary, ascitis, death, ne-

cropsy (Cas de cancer colloïde du péritoine et de l'ovaire droit ascite, mort, nécropsie), par BRADBURY. (*Brit. med. journ.*, 25 nov. 1872.)

Étude sur une épidémie d'ictère idiopathique observée à l'asile d'aliénés de Vaucluse, par le docteur FABRE. (*Ann. médico-psych.*, sept. 1872.)

Aids to the diagnosis of diseases of the kidneys by W. R. BATHAM. (*Med. Times and Gaz.*, 26 octobre 1872.)

Étude sur la tuberculose des organes urinaires, par le docteur CHAVASSE. (*Thèse*, Paris, 1872.)

Résumé clinique sur le diagnostic et le traitement des différentes espèces de néphrite et de la dégénérescence amyloïde des reins, par le docteur GLATZ. (In-8°, 62 pages. Paris, 1872.)

Bulletin de la Société anatomique de Paris, XLVIe année, 1871, 2e série, tome XVI. Voir particulièrement les observations suivantes :

1° Syphilis viscérale, par M. RENDU.

2° Hémiplégie droite. Oblitération des artères basilaire, cérébelleuse postérieure et inférieure, de l'artère sylvienne droite. Petite hémorragie dans la protubérance. Périartérite et méningite, par M. COYNE.

3° Rétrécissement du pylore chez un alcoolique; brides étendues du pylore au foie, par M. LEBLOND.

4° Gangrène des deux membres inférieurs; double embolie des artères iliaques primitives gauche et fémorale droite; endocardite végétante de la valvule mitrale, par M. F. LABADIE-LAGRAVE.

5° Dyssentérie chronique; abcès du foie; cachexie; leucocythémie; mort, par M. J. LANGLET.

6° Pneumonie droite. — Nécrose du maxillaire, par J. LANGLET, p. 372.

7° Sclérose et plaques athéromateuses avec destruction partielle de la membrane interne de l'aorte thoracique; oblitération et scléro-athérome des artères basiliaire, cérébelleuse inférieure et supérieure, cérébrale postérieure, par M. BARÉTY, p. 381.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

ANALYSES.

Diseases of the Ovaries, their diagnosis and treatement (Maladies des ovaires, leur diagnostic et leur traitement), par T. SPENCER WELLS. (*London, J. and A. Churchill. — New-York, D. Appleton and C°*; *in*-8°, 478 *p.*, 1872.)

L'ouvrage que M. Spencer Wells vient de publier n'est, ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface, autre chose qu'une nouvelle édition de celui qu'il a donné en 1865 et qui contenait le résumé des 114 opérations d'ovariotomie, pratiquées par lui à cette époque. Le

nouveau volume dont nous donnons l'analyse est le résumé de *cinq cents* opérations. C'est, à coup sûr, la statistique la plus imposante qui ait été publiée jusqu'à ce jour par un même opérateur. La grande réputation qu'a conquise comme ovariotomiste M. Spencer Wells, tant en Angleterre que sur le continent, est pleinement justifiée par la publication de cet important ouvrage, dont une traduction française doit être faite par le docteur Boddaert (de Gand).

Le chapitre Ier est consacré à l'anatomie normale de l'ovaire et des organes génitaux de la femme. L'auteur a su, dans sa description, utiliser les travaux des anatomistes allemands et français sur la structure de l'ovaire.

Le chapitre II est consacré à la classification des tumeurs de l'ovaire que l'auteur distingue en *ovariennes* et *extra-ovariennes*. Les tumeurs ovariennes renferment les tumeurs adénoïdes, les tumeurs fibreuses et les tumeurs malignes. La classe des tumeurs désignées sous le nom d'adénoïdes est la plus intéressante et la plus nombreuse. Elle comprend toutes les tumeurs qui ont leur point de départ dans les vésicules de de Graaf : kystes simples, kystes multiples, kystes prolifères.

Parmi les tumeurs extra-ovariennes se rangent celles qui prennent naissance dans la trompe, dans le ligament large, aux dépens de l'organe de Rosen-Müller, et celles qui résultent du développement d'ovules égarés dans le petit bassin et fixés à la surface du péritoine. A propos de l'origine de ces derniers kystes, M. Spencer Wells invoque l'autorité de notre compatriote, M. Boinet.

L'anatomie pathologique de ces différentes tumeurs remplit le chapitre III.

Dans le chapitre IV sont étudiées leur physiologie pathologique et leur évolution. L'inflammation des tumeurs et les conséquences qu'elle entraîne, la dégénérescence graisseuse ou calcaire de leurs parois sont successivement décrites. On lira avec intérêt le passage consacré à la *rotation du pédicule* signalée par Rokitansky et à l'étranglement qui peut en résulter.

Plusieurs figures, à la fin de ce chapitre, sont destinées à nous faire connaître la physionomie des malades atteintes de tumeurs ovariennes (*facies ovarien*), le développement énorme que prennent parfois ces tumeurs, et le refoulement progressif des poumons qui en est la conséquence.

Le contenu des kystes, la composition des différents liquides qu'ils renferment, l'examen microscopique de ces liquides, et l'effet des réactifs sur leurs éléments, complètent l'étude de l'anatomie pathologique.

Avec le chapitre VI, nous entrons dans le diagnostic des tumeurs de l'ovaire. M. Spencer Wells établit que les affections confondues avec les tumeurs de l'ovaire peuvent se ranger en trois groupes : 1° les maladies du péritoine ; 2° celles de l'utérus ; 3° celles des au-

tres organes de l'abdomen ou des parties constituantes du bassin.

Le diagnostic de l'ascite, de la tympanite et des *tumeurs imaginaires*, dont un bel exemple est rapporté par l'auteur, nous montre toutes les ressources que peuvent fournir la palpation, le toucher, la mensuration, la percussion et l'emploi du chloroforme.

Mais c'est surtout à propos du diagnostic de la *grossesse* que le praticien doit redoubler d'attention, malgré les exemples de guérison après des ovariotomies pratiquées dans le cours de la grossesse, par suite d'erreurs, ou pour enlever des kystes incompatibles avec le développement de l'œuf.

Les kystes du rein, la rétention d'urine, l'accumulation de matières fécales, les abcès pelviens, l'hématocèle, sont encore des causes d'erreurs qu'un examen attentif permet cependant d'éviter.

La manière d'examiner les malades et de recueillir les observations forment les éléments du chapitre VII. Il suffit de parcourir les modèles des tableaux reproduits, pour voir tout le soin qu'apporte M. Spencer Wells dans l'interrogatoire et l'examen de ses malades.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude du traitement. C'est là, on peut le dire, la partie capitale de l'ouvrage, et, malgré notre désir, nous ne pouvons en donner qu'une faible idée, parce qu'il faudrait suivre pas à pas l'auteur dans l'exposé complet et minutieux qu'il nous présente des ressources de la thérapeutique.

M. Spencer Wells ne croit pas à la valeur du traitement *médical* des tumeurs de l'ovaire. Il n'a de confiance que dans le traitement chirurgical. Pour lui, la ponction abdominale des kystes est une opération utile et quelquefois curative. Il ne pense pas qu'elle présente les inconvénients qu'on lui a reprochés. La ponction vaginale lui a donné quelques succès, unie au drainage; mais la ponction par le rectum lui paraît dangereuse.

L'injection iodée ne semble pas avoir donné, en Angleterre, les heureux résultats qu'elle a donnés, en France, entre les mains de M. Boinet.

Quant à l'*incision*, M. Spencer Wells la considère comme plus dangereuse que l'ovariotomie elle-même. On voit, du reste, que cette dernière opération a toutes les sympathies de l'auteur et on le comprend, puisque, sur 500 opérations pratiquées dans toutes les conditions, il n'a eu que 127 morts, et que la moyenne de la mortalité tend à s'abaisser tous les jours entre ses mains.

Ces nombreux succès sont dus aux soins extrêmes que M. Spencer Wells apporte dans tous les détails de ses opérations et qu'il expose dans les derniers chapitres.

Nous remarquons que M. Spencer Wells fait usage du bichlorure de méthylène, comme anesthésique, depuis plusieurs années. Avec cet agent, il assure avoir rarement observé les nausées et les vomissements, si fréquents lorsqu'on se sert du chloroforme.

Le *clamp* adopté par l'auteur est celui de Küchenmeister, à

branches cannelées et articulées à charnières. La section du pédicule est pratiquée après l'application du clamp et la cautérisation est faite ensuite.

La fixation du pédicule dans la plaie abdominale est un des grands éléments de succès pour l'ovariotomie. Si le pédicule est trop court et doit être laissé dans l'abdomen, les chances de mort se trouvent singulièrement accrues.

La *toilette du péritoine* mérite tous les soins de l'opérateur. Jamais M. Spencer Wells n'a vu qu'il y eût inconvénient à la faire aussi complète que possible, et il a quelquefois regretté d'avoir négligé certains détails dans ce temps important de l'opération.

Le traitement consécutif à l'ovariotomie fait le sujet du chapitre XVI. Nous signalerons surtout l'heureux effet du drainage du cul-de-sac recto-vaginal employé dans un certain nombre de cas.

Les indications de l'ablation des deux ovaires et les précautions à prendre lorsqu'on se trouve réduit à cette nécessité, dans le cours d'une opération, sont l'objet d'un chapitre spécial. Dans un autre chapitre se trouvent étudiés les cas où l'ovariotomie a été pratiquée deux fois sur la même malade. Dans cette catégorie de faits, M. Spencer Wells compte plusieurs succès.

Il restait à étudier les cas dans lesquels l'ovariotomie n'a pu être achevée par suite d'obstacles imprévus. Dans ces cas, encore, le succès n'est pas impossible, comme le prouvent plusieurs des observations rapportées. En laissant le kyste ouvert et assurant l'écoulement des liquides par l'incision abdominale, on a quelquefois obtenu la guérison. Inutile d'ajouter, toutefois, que ces cas sont les plus défavorables de tous.

L'ouvrage se termine par un chapitre dans lequel l'auteur établit que la mortalité de 25, 4 p. 0/0 que lui a donnée l'ovariotomie, est inférieure à celle des grandes opérations que l'on pratique tous les jours sans hésiter. En recherchant, en outre, dans quel état de santé se trouvent actuellement les femmes qu'il a opérées, M. Spencer Wells a pu constater que la santé de la plupart d'entre elles n'avait subi aucune altération depuis l'opération, et que les craintes exprimées quelquefois que la privation d'un ovaire, même malade, apportât un trouble irrémédiable dans l'état physiologique des opérées, ne sont nullement fondées. E. DELENS.

Beitrag zur Indication der Ovariotomie (Indications de l'Ovariotomie), par FREUND (de Breslau), in : *Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, tome II, fasc.* 1, 1872.

Dans les kystes de l'ovaire à marche chronique, l'indication de l'ovariotomie n'est point généralement pressante, et l'opérateur

peut choisir à son aise le moment qui lui semble le plus favorable; il n'en est plus ainsi lorsque se développent certains phénomènes inflammatoires, à marche aiguë, tels que la péritonite locale ou généralisée, l'inflammation des parois du kyste, avec sécrétion purulente.

Les chirurgiens anglais ont démontré que dans ces cas, non-seulement l'ovariotomie était indiquée, mais que son indication était pressante, précisément à cause des dangers que courait l'état général des malades.

Reith (1) pratiqua avec succès une ovariotomie dans ces conditions. *Veith* (2) n'eut point le même bonheur ; mais ayant opéré une malade qui présentait depuis des semaines une température variant de 38° à 40°, il put constater le soir de l'opération une chute du mercure, qui ne marquait plus que 36° 9. Le pouls qui avant se maintenait toujours au-dessus de 100, tomba aussi à 96.

Freund ajoute aux observations anglaises deux nouveaux faits excessivement démonstratifs ; l'ovariotomie pratiquée dans des conditions en apparence déplorables fut suivie deux fois d'un plein succès.

La première de ses malades était âgée de 51 ans. Elle était atteinte d'un *cystome multiloculaire de l'ovaire droit avec développement d'un kyste*, lequel présentait des adhérences à la paroi abdominale au niveau de l'ombilic ou du foie. — Deux ponctions furent successivement pratiquées à deux mois d'intervalle environ. L'analyse du liquide auquel donna issue la deuxième ponction indiqua clairement *l'inflammation et la suppuration* du kyste. D'autre part, la malade avait perdu l'appétit et le sommeil; elle avait des frissons suivis de sueurs, la température était à 39°; le pouls était petit et fréquent. Encouragé par les travaux des chirurgiens anglais, Freund n'hésita point à pratiquer l'ovariotomie huit jours après la ponction. La paroi abdominale ayant été incisée, on constata un exsudat sur les parois kystiques, et, pendant le cours de l'opération, il s'écoula continuellement un épanchement péritonéal séreux et rougeâtre renfermant des flocons jaunâtres. — Il existait en plusieurs points des adhérences assez résistantes. Les parois du kyste examinées au microscope par Waldeyer, présentaient des signes d'inflammation. Au bout de dix jours les points de suture furent enlevés. Le quatorzième jour, on put considérer la malade comme guérie.

— Notons ici un point important : La température qui était de 39° la veille de l'opération, n'était plus que de 37°, 5 le soir même de celle-ci; tous les symptômes graves que nous avons signalés plus haut s'amendèrent également avec rapidité. *Freund* s'est assuré depuis que la santé de cette femme est encore actuellement parfaite.

La seconde observation de *Freund* est non moins démonstrative.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, portant une tumeur multiloculaire de l'ovaire droit avec atrophie de l'utérus et probablement de l'ovaire gauche;

(1) Lancet, 8 juillet 1865.
(2) *Ibid.*, p. 504.

il existait, en outre, de nombreuses adhérences avec les organes voisins, surtout avec ceux de la partie supérieure de la cavité abdominale. La malade présentait également des symptômes aigus (exacerbations fébriles, anorexie, pas de sommeil, douleurs à l'hypogastre, etc.). La veille de l'opération, elle avait une température de 39°,8. Lorsqu'après l'incision de la paroi abdominale et la rupture des adhérences, on ponctionna le kyste, il sortit à la fois du liquide et un gaz fétide.

La tumeur enlevée pesait quinze kilogrammes. — La guérison fut prompte; après l'opération, la température ne dépassa jamais 37°,3, ni le pouls 100 pulsations. — Il n'y eut ni nausées, ni vomissements, le sommeil et l'appétit revinrent; le huitième jour, on enleva les sutures ; le vingtième, la malade quitta le lit, complétement guérie.

En résumé, les accidents aigus (péritonite, suppuration du kyste) constitueraient, d'après quatre observations, une indication urgente de l'ovariotomie. C'est à l'expérience à établir si cette pratique est réellement préférable à celle conseillée autrefois en pareil cas, à savoir : ponction avec canule laissée à demeure, ou bien ouverture du kyste par les caustiques. (Voir p. 199 et suiv. d'autres travaux sur l'ovariotomie.) L.-E. DUPUY.

On the diagnosis of the least known varieties of uterine inflammation (Diagnostic des variétés les moins connues de l'inflammation utérine), par E.-J. TILT. (*Transactions of the obstetrical Society of London; vol. XIII*, 1871, *p.* 197.)

Depuis cinquante ans, les résultats des nombreuses recherches dirigées vers les maladies utérines ont été bien plus favorables en ce qui concerne le col que le corps de la matrice, et bien souvent on ne peut arriver à guérir le col. M. Tilt se propose de résoudre les trois questions suivantes :

1° Le corps de la matrice peut-il s'enflammer dans sa totalité, et quels sont les signes à l'aide desquels on peut reconnaître cette maladie ?

2° Chaque tissu principal entrant dans la structure de la matrice ne peut-il pas s'enflammer séparément, et comment peut-on le reconnaître ?

3° Une portion limitée de ces tissus utérins peut-elle s'enflammer de façon à constituer une maladie susceptible d'être distinguée par des signes spéciaux de l'inflammation du reste du tissu utérin qui lui confine ?

1° M. Tilt croit que tous les tissus utérins sont plus ou moins enflammés, que la métrite soit suraiguë, aiguë ou chronique. La métrite aiguë, en dehors de la grossesse, est très-rare et se reconnaît facilement, grâce à des symptômes très-nets : élévation de la fièvre, vomissements, douleur à l'hypogastre immédiatement au-dessus du pubis, brusquerie de la douleur, son acuité terrible, ses exacerbations paroxystiques, sa forme de ténesme, la difficulté qu'on a à la

faire cesser par les opiacés ; de plus, un écoulement séreux ou séro-sanguinolent, causant de la chaleur au vagin, excorie les parties et la peau voisines, et rend même inutile le toucher vaginal ou l'exploration avec la sonde utérine, qui ne feraient qu'aggraver les douleurs de la malade sans donner plus de certitude au diagnostic, ce qui est heureux encore, car cette affection peut atteindre les vierges. Il y a une augmentation du volume de la matrice, qui peut atteindre le volume d'un œuf d'autruche, et cela quelquefois en 48 heures seulement.

La métrite chronique est aussi fréquente que l'aiguë est rare ; souvent elle cause l'inflammation du col, l'entretient et survit même à sa guérison. Pas de douleur caractéristique, c'est la douleur de reins si variable des affections utérines, variable dans sa nature, sa force, son siége, paralysant plus ou moins les membres inférieurs. Pas d'écoulement caractéristique ; le muco-pus sécrété par le corps de l'utérus se mêle aux mucosités du col qu'il traverse, et est regardé comme l'expression du catarrhe utérin. Il n'y a ordinairement qu'une faible augmentation de volume de l'organe, ce qui explique pourquoi l'affection se dissimule derrière celle plus évidente du col qui est augmenté de volume et ulcéré ; le toucher vaginal et la sonde utérine permettent d'apprécier son volume ; la sonde venant au secours du toucher permet d'éviter les méprises qu'avait faites Lisfranc, qui croyait à des hypertrophies morbides de l'utérus, alors que Velpeau enseignait déjà à ses élèves à reconnaître les déplacements de la matrice, flexions et versions qui sont liées par une relation si étroite avec la métrite chronique comme cause ou effet, ou comme cause et effet.

Il n'est pas souvent facile d'apprécier le degré d'épaississement des parois utérines ; aussi, le même cas a-t-il pu être considéré comme de la congestion, de l'hypertrophie et de l'inflammation par des observateurs également compétents. Un état permanent de congestion ne saurait exister. Aussi, quand il dure des mois et qu'on observe une douleur à la pression de l'utérus, douleur accompagnée de symptômes marqués de maladie utérine, on doit croire à une inflammation chronique ou subaiguë des parois, surtout quand le doigt perçoit une tumeur limitée à un point du corps de l'utérus, ce qui ne se voit pas dans un utérus congestionné ou hypertrophié. Un utérus hypertrophié donne une sensation de dureté élastique sans douleur ; d'ailleurs, des examens successifs font reconnaître la persistance d'une matrice largement hypertrophiée après l'apparition de symptômes utérins plus aigus.

2° M. Tilt n'est pas sûr de lui pour répondre à la deuxième question ; il doute que chacun des divers tissus constituant l'utérus puisse rester longtemps enflammé sans que le même processus ne gagne les autres.

L'enveloppe péritonéale s'enflammant consécutivement à une

métrite interne constitue un fait peu fréquent, et jamais M. Tilt ne l'a observé dans la plus grave des métrites aiguës qu'il ait eu à soigner. S'il rencontra de la péritonite, la cause résidait dans une ovarite ou une menstruation morbide.

En ne considérant que les cas où la partie interne de l'utérus est le siége principal de la maladie, on trouve de l'endométrite, souvent aiguë, plus souvent chronique. Aiguë, ses symptômes sont plus graves, la douleur lombaire est plus constante, la marche est impossible; la pression sur l'abdomen augmente la douleur utérine, et d'énormes quantités de bile sont souvent rendues par les voies supérieure et inférieure. La sécrétion utérine varie : quelquefois c'est du sang pur, quelquefois il est mélangé à du muco-pus ; l'écoulement peut se faire soudain ou peu à peu; souvent il y a rétention douloureuse, la malade se trouve subitement souillée de pus et la douleur cesse. Ce fait se répétant à deux ou trois mois d'intervalle, peut être considéré comme pathognomonique de l'endométrite. Ce symptôme, qui donne à la maladie l'apparence d'un abcès, doit se rencontrer surtout dans les premières périodes, alors que l'orifice interne n'a pas encore été dilaté; mais on peut le rencontrer à toute période s'il y a étroitesse du col. Quelquefois le pus et le sang s'écoulent au moment des règles, et chez deux malades de M. Tilt, à la ménopause, l'évacuation se produisit (environ une tasse à thé de pus rougeâtre) aux époques menstruelles et pas à d'autre moment.

Quelquefois, la palpation hypogastrique permet de constater l'augmentation de volume de l'utérus ; mais, régulièrement, il faut s'adresser au toucher vaginal ou rectal qui sont moins douloureux. Quand il n'y a pas d'allongement du col et que la sonde pénètre à une profondeur plus grande que deux pouces et demi, on est certain de l'endométrite. Quand on trouve le cortége des symptômes susmentionnés, souvent on trouve de la flexion de l'organe. A peine est-il besoin de dire que la sonde exige des ménagements considérables pour éviter la perforation de l'utérus, qui serait vite suivie de péritonite suraiguë.

Les fibromes et les polypes intra-utérins peuvent à leur dernière période simuler l'endométrite. Leur développement éclaire le diagnostic dans la majeure partie des cas, et il faut remarquer ici avec M. Tilt que, comme quelques autres affections utérines, l'endométrite ne se limite pas facilement et doit être plutôt considérée comme une succession d'attaques et de rémissions, qui peuvent se répéter pendant plusieurs années. Dans quelques cas exceptionnels l'endométrite emprunte des symptômes à la constitution : ce sera une fièvre forte qu'on devra juguler avec la digitale : des vomissements rebelles à tout, excepté à des dosés de dix grains de calomel ou à l'application de sangsues à l'épigastre.

On sait combien cette affection affaiblit l'énergie et détruit l'har-

monie d'action des centres nerveux, provoque les névroses, l'hystérie, ou un pseudo-narcotisme, une irritation spinale avec plus ou moins de paraplégie.

Le passage à l'état chronique est très-fréquent. Dans des cas rares, au moment de la ménopause, la muqueuse du corps reste malade après que le col s'est oblitéré, et les sécrétions morbides s'accumulent dans la matrice, en déterminant de la plénitude du petit bassin et des douleurs très-vives. M. Tilt ne croit pas nécessaire de rétablir la perméabilité du col, à moins qu'on doive prévenir une rupture de l'utérus qui serait promptement mortelle.

3° M. Tilt répond à la troisième question par la négative, et il croit que le docteur Routh a tenté l'impossible en cherchant à montrer qne l'endométrite du fond (fundal) était une maladie distincte de la métrite interne. Il croit toutefois que, dans la portion interne de l'utérus, les parties les plus propres à s'enflammer sont la paroi postérieure de la cavité utérine, parce que c'est le siége principal du placenta, que les ulcérations fongueuses s'y rencontrent le plus souvent, et qu'en général l'inflammation apparaît après une expulsion difficile du placenta.

Enfin, M. Tilt rejette le cathétérisme utérin pour diagnostiquer l'endométrite du fond à la façon du docteur Routh, qui prétend déterminer une douleur spéciale en cherchant à soulever la matrice avec la sonde utérine.

LABADIE-LAGRAVE.

Ueber Durchbohrung der Gebærmutter durch die Sonde (De la perforation de l'utérus par la sonde), par Rabl-Rückhard et Lehmus, in : *Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, **tome II, fasc. 1, 1872.**

La possibilité de la perforation de l'utérus par l'hystéromètre, manié même avec les plus grandes précautions, rencontre encore un certain nombre de sceptiques; voici cinq exemples très-concluants de ces perforations :

Dans les cinq cas, il s'agissait de femmes ayant accouché un mois au moins avant l'époque à laquelle on pratiqua le cathétérisme. Elles présentaient les affections suivantes :

Péritonite chronique tuberculeuse et rétroflexion ; endométrite et périmétrite puerpérales ; involution imparfaite de l'utérus et métrite chronique; anémie , périmétrite et rétroflexion ; périmétrite.

L'hystéromètre introduit dans l'orifice externe pénétra, sans difficulté aucune, à une profondeur de 10 à 18 centimètres, et l'on put généralement sentir son extrémité au-dessous de la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic. La facilité avec laquelle l'utérus se laissa traverser doit être attribuée à un ramollissement des

parois dû au défaut d'involution. Quatre malades supportèrent même plusieurs fois le cathétérisme pratiqué dans de telles conditions, sans présenter aucun signe sérieux de réaction inflammatoire. Une seule de ces malades, atteinte de péritonite tuberculeuse, eut de la fièvre et quelques accidents qui disparurent au bout de peu de jours. Cette même malade ayant succombé dans la suite à une pneumonie caséeuse, on constata dans les parois utérines, outre une dégénérescence graisseuse qui en avait amené le ramollissement, une vascularité très-développée. Il est probable que dans ce cas la perforation s'est compliquée d'une hémorrhagie, par suite de la rupture de ces vaisseaux : ainsi s'expliquerait la cause des accidents dont nous parlions.

Les cinq observations de *Rabl-Rückhard* et *Lehmus* tendent donc à prouver l'innocuité de la perforation de l'utérus dans certaines conditions; mais ces auteurs appellent eux-mêmes le contrôle de nouveaux faits.

Quoiqu'il en soit, nous ferons remarquer combien il nous semble imprudent de pratiquer le cathétérisme utérin, même plusieurs semaines après l'accouchement. Courty et la plupart des auteurs le proscrivent formellement à cette époque. Du reste, dans aucune des affections de ces cinq malades l'hystérométrie ne pouvait être de quelque utilité. L.-E. DUPUY.

Das gespaltene Becken (Du bassin fendu en avant, par suite de l'absence de symphise), par Th. LITZMANN, in : *Archiv für Gynækologie*, **tome IV, fasc. 2. 1872.**

Dans l'atrophie de la vessie, les pubis sont rarement réunis ; il en résulte alors ce que l'auteur appelle un « *bassin fendu.* » Dans quelles conditions se fait l'accouchement chez les femmes atteintes de ce vice de conformation? Pour élucider cette question, *Litzman* cite une observation personnelle et prétend n'en avoir trouvé que deux dans la littérature médicale : l'une de *Bonnet* (1) et l'autre d'*Ayres* (2). Or, les cas d'accouchements de ce genre ne sont pas aussi rares, et les œuvres chirurgicales françaises, mises à contribution, auraient, à notre avis, comblé plus d'une lacune regrettable de ce mémoire. L'existence de la matrice, les désirs vénériens et l'aptitude à la fécondation, malgré la malformation du bassin, furent signalés et mis hors de doute par *Boyer* (3) dans son traité des maladies chirurgicales. Déjà *Thiébauld* (4) avait publié l'histoire d'une jeune fille de 22 ans, présentant une atrophie de la vessie avec écartement des pubis ; cette jeune fille, bien réglée

(1) Philosoph. Trans. vol. 33 A. 1724, n° 384.
(2) Congenital extrophy of the urinary bladder and its complications, successfully treated by a new plastic operation. New-York, 1859.
(3) Mal. chir. t. II, p. 5.
(4) Journal général de médecine, t. 34, p. 178.

depuis 14 ans, devint enceinte après deux ans de fréquentation habituelle avec un jeune homme. Elle accoucha à terme, sans le secours de personne; mais l'enfant au lieu de sortir par l'orifice du vagin, s'échappa par une ouverture qui se fit au périnée.

Dans le cas d'*Ayres*, la femme accoucha sans notables difficultés d'un enfant bien conformé, et à terme. Dans celui de *Bonnet* l'accouchement fut plus compliqué : l'opérateur dut se frayer un chemin à l'aide du bistouri; alors, en introduisant la main il sentit la tête du fœtus qu'il attira au dehors à l'aide de son doigt accroché fortement à la machoire. L'enfant était vivant, bien conformé et du sexe féminin. La mère se rétablit, mais en conservant un prolapsus utérin et une fistule recto-vaginale.

Chez la malade de *Litzman*, l'extraction fut faite à l'aide du forceps ; l'enfant, du sexe féminin, était mort-né et macéré : il avait 38 centimètres de long et pesait 1,500 grammes. La mère succomba 8 jours après l'accouchement, à une endométrite septique.

Laissant de côté l'étude des difficultés que peuvent présenter ces sortes d'accouchements, l'auteur concentre toute son attention sur les déformations que présentait le bassin de cette dernière malade, ainsi que sur l'origine et le mode de développement de ces déformations. Les particularités les plus intéressantes, ressortant de cette description détaillée, sont les suivantes :

Les os du bassin sont petits, mais fermes et durs; à part l'absence de symphise, ils ne sont point notablement déformés. Les deux dernières vertèbres lombaires présentent une légère torsion de droite à gauche sur leur axe. La dernière vertèbre lombaire fait avec le sacrum un angle d'environ 136°.

Le sacrum, composé de 5 vertèbres, s'enfonce profondément entre les os iliaques, et est entraîné en avant, de telle façon que l'apophyse épineuse de la première vertèbre dépasse à peine la ligne réunissant les bords postérieurs des os iliaques. Le corps de la première s'incline en arrière sur celui de la deuxième sacrée, de manière à former un angle de 159°,5, et simule ainsi un faux promontoire.

Ces diverses déformations ont été constatées également sur un bassin provenant d'un homme âgé de 30 ans et dont les pubis n'étaient point réunis.

Cherchant à interpréter ces faits, *Litzman* admet que l'*absence de symphise* doit être rangée la première dans la série des déformations qui surviennent dans le bassin, soit pendant la vie fœtale, soit surtout après la naissance, — ces dernières devant être considérées comme une conséquence de la pression du tronc et de la colonne vertébrale sur l'extrémité supérieure du sacrum. — Cette pression a pour effet d'amener une propulsion du sacrum en avant, et le grand axe de cet os prend une direction horizontale.

Le changement de position du sacrum influe sur celle des os iliaques de la façon suivante : par suite de la tension des ligaments sacro-iliaques, les extrémités postérieures des os iliaques se rapprochent l'une de l'autre. Ceux-ci subissent ainsi un mouvement de rotation en dehors, suivant leur axe vertical passant par la tête du fémur. — La circonférence du bassin tout entière se trouve donc distendue dans le sens transversal, et cela d'autant plus que l'obstacle opposé normalement par les pubis est nul ou amoindri. — L'écartement des pubis aurait en conséquence une tendance à s'exagérer, dans les cas surtout où les tissus interposés entre eux sont peu résistants et incapables de maintenir les os iliaques à leur place primitive. L.-E. DUPUY.

Ueber Dammverletzung und Dammschutz (Des déchirures du périnée), par OLSHAUSEN, in : *Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, n° 44, 1872.*

Quelle est la *fréquence* des ruptures du périnée ?

Cette question a été généralement mal comprise, tant par les praticiens que par un certain nombre de professeurs des universités allemandes. Complétement incrédule à l'égard des chiffres de *Ritgen*(1), qui prétend avoir évité les déchirures du périnée dans 757 accouchements, l'auteur regarde cet accident comme inévitable et même moins rare qu'on ne serait tenté de le croire.

Les ouvrages classiques les plus récents, qui fixent à 3 0/0 la fréquence des ruptures périnéales, restent bien au-dessous de la réalité, et *Olshausen* estime qu'une moyenne de 15 0/0 n'est même point exagérée. Dans son service de clinique, où l'on prend les précautions les plus minutieuses, il se produit, depuis 10 ans, une moyenne de 21, 1 0/0 chez les primipares et de 4, 7 0/0 chez les multipares. Ces résultats sont, à ses yeux, d'autant plus satisfaisants que dans d'autres cliniques on a constaté une fréquence de 47 0/0. Le désaccord entre ces divers chiffres s'explique en partie par la raison suivante : un grand nombre et peut-être même la plupart des déchirures du périnée se font de dedans en dehors, ainsi que l'a fait remarquer *Cohen* (2). La paroi vaginale et les parties musculaires se rompent les premières, les téguments externes ne cèdent qu'à la fin sans qu'il se produise aucun symptôme capable d'attirer l'attention; aussi certaines déchirures peuvent-elles passer inaperçues, même pour un observateur sérieux.

Si l'on veut prévenir ces déchirures il est essentiel d'en bien connaître les *causes;* aussi *Olshausen* donne-t-il de ces dernières une description détaillée.

(1) Ritgen. Ueber sein Dammschutzverfahren. *Monatsschr. f. Gebk.*, 1855, *Bd.* 6, *p.* 323.

(2) Cohen. *Monatsschr. f. Gebk., XVIII, Suppl.-Heft, p.* 106.

D'abord le passage de la tête ne doit pas être trop rapide, afin que les tissus puissent acquérir une élasticité suffisante; d'autre part, certains périnées ne sont naturellement ni assez résistants, ni assez extensibles. Tels sont ceux des primipares d'un âge un peu avancé, des jeunes femmes grasses et fortement musclées, et ceux qui sont variqueux ou œdématiés depuis une époque plus ou moins reculée de la grossesse. — Les anomalies du bassin ont, aux yeux de l'auteur, une influence douteuse; cependant l'étroitesse de l'arcade des pubis formant un angle un peu aigu peut devenir une cause manifeste de rupture.

La *présentation* de l'enfant mérite d'être prise en considération. Pour le sommet, les présentations occipito-iliaques *postérieures* prédisposent aux ruptures plus que les *antérieures;* celles de la face seraient exemptes de danger, celles du siége présentent une double difficulté, car d'une part l'existence de l'enfant exige une terminaison plus rapide de l'accouchement, d'autre part le dégagement consécutif de la tête nécessite des manœuvres souvent dangereuses pour le périnée.

Passant à l'étude de la *prophylaxie*, l'auteur se déclare partisan de l'action directe de la main sur la tête fœtale, procédé qu'il préfère, dans la grande majorité des cas, à la manœuvre vulgaire qui consiste à soutenir le périnée avec la main.

Dans le décubitus dorsal, il a adopté le procédé de *Hohl :* la tête est saisie par trois doigts, le pouce étant placé en avant, l'indicateur et le médius en arrière; de cette façon, il devient facile de ralentir à volonté son passage et de la repousser en haut contre l'arcade des pubis.

Dans le décubitus latéral gauche, *Olshausen* emploie la méthode suivante : la main droite protége le périnée, tandis que la gauche passant en avant de l'abdomen, vient saisir la tête, de telle façon que les extrémités des doigts dirigées vers le périnée attirent les parties fœtales du côté des pubis.

Ces règles générales présentent quelques exceptions importantes à noter; tels sont par exemple les cas où le périnée est excessivement aminci et, en quelque sorte, membraneux : il faut alors suivre la méthode ordinaire et, pour éviter une déchirure centrale, renforcer la couche périnéale en la soutenant avec la main.

Lorsqu'il y a cessation des douleurs, la tête étant engagée, le périnée peut, dans certains cas, être exposé à se rompre. Depuis plusieurs années *Olshausen* emploie alors avec succès un procédé qui lui est particulier. Il consiste à provoquer la sortie de la tête en la repoussant à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, et à suppléer ainsi à l'impuissance des efforts de la femme. Résumons quelques détails importants de cette pratique. Comme à cette période de l'expulsion, l'anus se trouve dans un état de relâchement complet, l'introduction des doigts se fait toujours facilement

et sans occasionner de douleurs. D'autre part, vu l'amincissement de la cloison recto-vaginale, on arrive à sentir exactement par le rectum quelle est la partie du crâne accessible à l'opérateur. Alors on imprime aux parties frontales une traction dont il devient possible de déterminer la force et la direction. Il est bon d'effectuer cette manœuvre à l'aide de l'index et du médius, tandis que le pouce introduit dans la vulve, permet de suivre les mouvements imprimés à la tête.

Ce procédé peut être employé dans les décubitus latéral et dorsal, mais de préférence dans le dernier; si l'on veut que son application soit utile, il faut attendre que la tête soit assez profondément engagée pour que toute la hauteur du front puisse être circonscrite par les doigts introduits dans le rectum.

Dans certains cas où l'inertie utérine est complète, on est obligé de refouler successivement avec les doigts l'orbite, le maxillaire supérieur et le menton, avant que la tête se dégage complétement.

Quant à l'*épisiotomie*, l'auteur ne partage point l'engouement dont elle a été l'objet dans certaines cliniques.

A ses yeux, l'efficacité de ce moyen est douteuse; de plus, il lui semble dangereux de pratiquer une plaie du périnée chez une femme, alors qu'il n'est point certain que la déchirure se produise. Les faits, où la déchirure périnéale peut être regardée comme inévitable, sont très-rares et alors seulement il faut avoir recours à l'*épisiotomie*. On peut cependant employer ce procédé plus souvent lorsque l'on se borne à inciser la couche musculaire sous-muqueuse, sans intéresser les téguments.

A l'égard de l'*application du forceps*, comme moyen préventif des ruptures du périnée, l'auteur ne partage point l'opinion des gynécologistes qui croient pouvoir, à l'aide de cet instrument, attirer la tête vers les pubis en l'éloignant ainsi du plan périnéal.

Il prouve par l'exposé de plusieurs statistiques que l'application du forceps est, au contraire, très-dangereuse pour le périnée.

Allant plus loin, il conseille d'enlever les branches de l'instrument avant le dégagement de la tête; alors pour éviter que celle-ci ne rétrograde, *Olshausen* conseille de fixer les parties frontales à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum et de pratiquer ensuite, s'il est nécessaire, l'impression rectale, suivant la méthode exposée ci-dessus.

La dernière partie de cette leçon clinique, ayant trait à la thérapeutique des déchirures périnéales, est écourtée et incomplète; elle ne renferme aucun aperçu nouveau.

L-E. DUPUY.

Endometritis decidualis hæmorrhagica bei Cholera-Kranken (Endométrite de la caduque, à forme hémorrhagique, chez les cholériques), par SLAVJANSKY. (*Archiv für Gynækologie, tome IV, fasc. 2,* 1872.)

Le choléra étend fréquemment ses manifestations morbides à l'appareil sexuel des femmes enceintes et amène l'accouchement prématuré et la mort du fœtus.

L'auteur s'attache à découvrir la cause intime de ces phénomènes; pendant l'épidémie qui sévit en 1870 à Saint-Pétersbourg il eut l'occasion de joindre l'examen anatomique des organes génitaux aux recherches cliniques entreprises sur ses malades atteintes de choléra.

Voici d'abord le résultat de ses investigations chez les femmes *non enceintes*. L'utérus présente tous les signes d'une inflammation aiguë et à forme hémorrhagique de la muqueuse, à savoir : ramollissement du tissu muqueux avec extravasations sanguines plus ou moins considérables, soit superficiellement, soit dans les couches profondes. Au voisinage de la portion musculaire, ces extravasats profonds sont tantôt recouverts par la muqueuse à peu près saine; tantôt, au contraire, celle-ci est détachée de la paroi utérine et ses lambeaux pendent librement dans l'intérieur de la cavité. — Plus rarement, les extravasations sanguines existent dans le tissu musculaire et flottent plus ou moins profondément dans la paroi utérine. Au microscope, on constate, outre les extravasats sanguins, les divers degrés de la dégénérescence des cellules épithéliales (aspect trouble avec disparition des noyaux et effacement des contours de l'épithélium, ou bien celui-ci réduit à l'état d'une masse finement granuleuse).

Les métrorrhagies accompagnées de douleurs dans le bas-ventre que l'on observe en pareils cas ne sauraient être confondues avec le flux menstruel; d'après les recherches les plus récentes, elles seraient produites par le mécanisme suivant : sous l'influence d'une contraction utérine, la muqueuse, recouvrant les extravasats sanguins placés entre elle et la portion musculaire, serait rompue et se détacherait en laissant une libre issue au sang. Cette hypothèse a été pleinement confirmée par les examens cadavériques.

Ces divers détails facilitent singulièrement l'intelligence des faits qui se passent chez les *femmes enceintes* et qui ont avec les premiers une analogie complète. — Les lésions se localisent dans la muqueuse, sous forme d'une *endométrite aiguë de la caduque, à forme hémorrhagique*, laquelle amène *secondairement* des dégénérescences inflammatoires des autres membranes; et ce qui le prouve c'est la marche même du processus ; l'infiltration purulente, très-prononcée dans la caduque, a une intensité bien moindre dans les autres membranes de l'œuf. — Du reste, les recherches de

Heintze démontrent que, presque toujours, les inflammations de la caduque ont un retentissement sur l'amnios et le chorion.

L'existence de ces diverses altérations explique plusieurs symptômes que présentent presque toujours les femmes frappées de choléra pendant la grossesse. Ainsi, assez souvent celles-ci sont prises de contractions utérines qui peuvent provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si l'on veut bien admettre qu'en général ces contractions sont dues à l'irritation de la surface interne de la matrice par des corps étrangers, on comprendra le mode d'action des divers produits pathologiques localisés dans la membrane caduque et notamment des extravasats ; — ceux-ci pouvant parfaitement être assimilés à des corps étrangers.

Quant à la mort du fœtus, fréquente en pareils cas, l'auteur lui attribue non point une cause unique, mais plusieurs réunies. Outre les altérations du sang des cholériques, il insiste sur une lésion importante du placenta fœtal. Dans les cas observés par lui, l'épithélium accompagnant les villosités placentaires était fortement dégénéré et converti, en certains endroits, en une masse finement granuleuse. Vu l'importance physiologique de cet épithélium, ces altérations doivent être rangées parmi les causes les plus puissantes de la mort du fœtus. L.-E. DUPUY.

Zur Lehre von der Wendung auf die Füsse bei engem Becken (De la version podalique dans les rétrécissements du bassin), par le Dr S. BORINSKI, de Solhrau. (*Archiv für Gynækologie, tome IV, fasc. 2*, 1872.)

Cette étude n'est à proprement parler qu'un long tableau statistique des cas de rétrécissements du bassin, observés à la clinique gynécologique de Breslau. L'examen clinique de ces faits acquiert de l'intérêt si nous les comparons aux statistiques faites à la Clinique d'accouchements et à la Maternité de Paris par MM. Stanesko (1) et Rigaud (2). L'auteur rapporte en premier lieu, toutes les versions podaliques faites à Breslau de 1865 à 1872 dans des cas d'angustie pelvienne; elles atteignent un total de 93. Sur ce nombre, 34 enfants ont vécu; 39 sont morts peu de temps après l'accouchement, 20 étaient morts-nés et avaient, pour la plupart, subi soit la perforation du crâne, soit l'application, du forceps, etc. Quant aux mères, 15 d'entre elles succombèrent peu après l'accouchement à des affections dont le plus grand nombre n'était pas imputable à la ver-

(1) *Stanesko.* Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin basées sur 414 cas, observés à Clinique d'accouchements de Paris, Thèse de doctorat. — Paris, 1860.

(2) *Rigaud.* Examen clinique de 396 cas de rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870. — Paris, 1870.

sion ; 8 autres furent gravement malades pendant des semaines. — Il s'agissait généralement de rétrécissement peu considérables (de 9, 5 à 8 centimètres). Comparant ces résultats à ceux obtenus, dans des cas analogues, lorsque l'accouchement se faisait par le sommet soit spontanément, soit à l'aide du forceps, l'auteur arrive aux moyennes suivantes :

Enfants morts après la version	53, 3 p. 0/0
— après l'accouchement par le forceps	29, 2 p. 0/0

Ces chiffres sont en désaccord avec ceux de madame Lachapelle qui sauvait les 2/3 des enfants extraits par la version et surtout avec ceux de Schroder et Honig qui en sauvèrent 11 sur 14. — Ils concordent, au contraire, avec les résultats de MM. Stanesko et Rigaud ; aussi, les trois auteurs arrivent-ils à peu près à des conclusions identiques, à savoir : la version ne doit être réservée que pour certains cas particuliers, et rejetée absolument comme moyen prophylactique, en vue de la conservation de l'enfant. Cette opération est surtout dangereuse, d'après Borinski, dans les bassins généralement rétrécis : sur 8 versions pratiquées dans ces conditions, 1 seul enfant survécut.

Les partisans de la version ont invoqué les intérêts de la mère ; or, ici encore la statistique démontre que, dans les cas de rétrécissements peu considérables, il ne faut point accélérer l'accouchement ; la mortalité dans 233 accouchements spontanés par la tête n'ayant été que de 10 (c'est-à-dire 4, 3 p. 0/0). Les faits observés à la clinique de Breslau sont également en opposition avec l'opinion de *Schroder* qui regarde comme rationnel de faire la version dans les présentations du front, de la face, ou dans le cas de procidence du cordon. Dans 8 cas où la réduction du cordon fut pratiquée, l'accouchement fut spontané et les enfants vécurent ; dans 1 cas où la tête était déjà engagée dans le bassin, l'extraction fut faite avec le forceps et l'enfant vécut.

Dans des rétrécissements de 9, 5 à 9 centimètres, 3 présentations de la face évoluèrent spontanément, dans 10 rétrécissements de 8, 7 à 8 centimètres, 6 accouchements eurent lieu spontanément avec enfants vivants ; 1 autre spontanément, mais avec mort du fœtus ; 1 fut terminé par le forceps (enfant vivant); 2 fois la perforation du crâne fut pratiquée.

Sur 3 présentations du front, 1 accouchement fut fait par le forceps (enfant vivant), les 2 autres furent terminés par la perforation.

L'auteur, bien que partisan de l'expectation et de l'application du forceps, n'est point exclusif et admet au contraire un certain nombre de cas où la version est formellement indiquée ; il nous est impossible de le suivre dans la discussion de l'une ou l'autre méthode d'extraction. Nous nous bornerons à citer certains faits de versions pratiquées en présence de rétrécissements asymétriques et obliques

du bassin qui confirmeraient les idées de *Martin* à ce sujet. Le professeur de Berlin recommande dans ces cas de faire la version, et aussitôt que le vertex appuye sur la moitié rétrécie du bassin, de diriger la partie postérieure de la tête frontale vers la partie la plus large. Cette pratique fut deux fois couronnée du succès à la clinique de Breslau. L.-E. DUPUY.

Zwei Fälle von Haematometra und Haematokolpos lateralis bei Atresie eines rudimentären Scheidenkanals eines Uterus duplex (Deux cas d'hématocèle utéro-vaginale de l'un des côtés d'un utérus double avec atrésie du vagin resté à l'état rudimentaire), par W.-A. FREUND. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, tome II, fasc.* 1, 1872.)

Dans les cas d'*Utérus duplex*, l'un des côtés peut devenir le siége d'un épanchement sanguin, tandis que l'autre reste parfaitement sain. Il en résulte une variété rare de tumeur sanguine, dont le diagnostic peut être entouré de grandes difficultés. Pareils faits méritent, en conséquence, d'être vulgarisés. Nous noterons dans les deux observations de *Freund* plusieurs particularités intéressantes :

1. *Au point de vue de l'anatomie pathologique.* Dans le premier cas, la corne utérine dilatée par le sang pressait sur le côté sain de l'utérus de telle façon que le col de cette dernière portion semblait pénétrer dans la tumeur ; dans le second cas, cette disposition était exagérée au point qu'il eût semblé que le col sain fut incrusté dans la tumeur.

D'autre part, dans les deux cas, la portion vaginale de la tumeur avait une forme identique, malgré la différence de longueur qu'elle présentait ; cette forme était celle d'une vessie élastique à moitié remplie par un liquide, dont l'extrémité inférieure était bombée, tandis que la partie supérieure représentait un col étroit. D'après l'auteur, la cause de ce fait serait fonctionnelle et non anatomique et due, selon toute vraisemblance, au poids du sang qui s'est collecté peu à peu dans les parties profondes de la cavité.

Enfin, les deux conduits vaginaux affectaient, l'un vis-à-vis de l'autre, une disposition en spirale caractéristique.

2. *Au point de vue des symptômes et du diagnostic.* Les deux malades présentèrent tous les signes d'une rétention menstruelle ; on sentait profondément, de l'un des côtés du vagin, une tumeur fluctuante se prolongeant jusqu'à l'hypogastre. — Néanmoins dans les deux faits, l'ont crut pendant longtêmps à une dysménorrhée simple.

On pourrait également prendre cette tumeur pour un abcès péri-

utérin, mais les anamnestiques et l'ensemble des symptômes feront éviter cette erreur.

La palpation abdominable, indipensable pour faire le diagnostic, doit être pratiquée avec les plus grandes précautions. Dans l'affection qui nous occupe, les parois utérines sont, en effet, distendues et amincies, et une pression un peu exagérée pourrait amener la rupture de la poche. Des manœuvres imprudentes pourraient également causer une périmétrite chronique.

3. *Au point de vue de la thérapeutique*. Vu l'amincissement et la tension des parois utérines, il faut opérer de bonne heure, car des contractions utérines pourraient les rompre, au moment des règles, par exemple.

La ponction de l'hématocèle avec le trocart n'est point suffisante; il faut recourir à l'incision avec le bistouri ; *Freund* recommande d'entourer cette opération des plus grandes précautions :

Après avoir vidé la vessie et le rectum, on endort profondément la malade avec le chloroforme, et on la maintient endormie pendant les 10 ou 15 minutes qui suivent l'incision, afin d'éviter le retour trop subit des contractions utérines ; on doit surtout se garder de comprimer l'abdomen dans le but de hâter l'issue du liquide sanguin de la tumeur. Il faut laisser à la nature le soin de la vider, en maintenant la malade couchée au lit tant que l'écoulement n'a point cessé.

Lorsque l'hématocèle n'est point située trop profondément dans le vagin — ce qui rendrait cette pratique impossible — il est préférable d'exciser une portion de la paroi.

L.-E. DUPUY.

The vomiting of pregnancy, its causes and treatment (Vomissement dans la grossesse, ses causes et son traitement), par GRAILY-HEWITT. (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XIII*, 1871, *p.* 103.)

Le vomissement est lié à la grossesse par une relation certaine : son apparition la plus précoce a lieu quand la grossesse date de une ou deux semaines. On peut observer depuis la simple nausée jusqu'aux vomissements qui mettent en danger la vie, et cela avec toutes les gradations possibles. Il faut établir en outre, que les limites d'apparition du vomissement sont presque invariablement comprises dans les quatre premiers mois, rarement plus tard.

Un point important est que, surtout dans les cas peu intenses, on voit naître le vomissement quand la malade se dresse ou sort du lit le matin. On l'explique généralement par un acte réflexe ayant son point de départ dans une irritation de l'utérus gravide et troublant les fonctions stomacales (Tyler, Smith); la cause tiendrait à

l'évolution elle-même du tissu utérin, ou à l'irritation pelvienne que déterminerait l'utérus gravide avant de sortir du bassin ou à ces deux choses en même temps.

Mais ceci n'explique pas tous les faits, par exemple, pourquoi quand la femme prend le matin la position droite, le vomissement peut-il parfois mettre la vie en danger, pourquoi est-il limité aux quatre premiers mois.

L'auteur prétend que de même que dans les affections de l'utérus non gravide, le vomissement se rencontre surtout avec les flexions de l'organe, plus rarement avec les ulcérations de l'orifice et du col, de même, dans la pathologie de la grossesse, les flexions utérines viennent s'ajouter comme cause au fait de distension de l'organe, sans toutefois s'imposer d'une façon absolue.

A l'appui de sa théorie, l'auteur cite un cas type d'antéflexion de l'utérus existant avant la fécondation ; une fois celle-ci effectuée, les vomissements prirent une forme incoercible, qui céda par un traitement dirigé contre la position vicieuse ; il cite aussi des cas de rétroflexion ; mais ceux-ci sont plus rares, par ce fait bien simple qu'un utérus en rétroflexion est moins facilement fécondé que celui qui se trouve en antéflexion.

Du reste l'antéflexion est un état très-fréquent de l'utérus non gravide, et même dans la grossesse, il est facile de se convaincre par le toucher que cet état persiste, surtout quand, vers le deuxième mois, les vomissements prennent un caractère inquiétant.

Mais comment le vomissement est-il imputable à un pareil état ? c'est que les nerfs contenus dans le tissu utérin sont comprimés au niveau de la courbure de l'organe, et c'est là la cause de l'irritation primitive. De plus le fait de se dresser ou de sortir du lit le matin, tend à augmenter la flexion de l'utérus ; de là, *à ce moment*, le point de départ d'un acte réflexe aboutissant à l'affection stomacale.

Inutile de dire que de ces considérations découlent des indications importantes pour le traitement.

M. Graily Hewitt n'a pas eu l'occasion d'observer, à ce point de vue, de vomissement passé le quatrième mois, et son opinion n'est pas certaine, pourtant il est probable que dans ces cas l'utérus conserve ses rapports vicieux jusqu'à la dernière période de la grossesse.

Le traitement doit consister dans l'emploi de pessaires — ou bien il suffit de faire coucher la malade sur le dos, de façon à diminuer d'autant l'antéflexion. Dans certains cas les pessaires peuvent occasionner des fausses couches.

LABADIE-LAGRAVE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrhee (Cas de dysménorrhée dans l'intervalle des époques menstruelles), par O. PRIESTLEY. (*Brit. Med. Journ.*, 19 *oct.* 1872.)

4 observations sont la base de ce travail. Dans deux de ces cas la dysménorrhée était survenue à la suite d'affections utérines ou ovariennes, dans les deux autres elle existait dès l'époque où la menstruation s'était établie. Voici ce que l'auteur a observé : les douleurs se montraient longtemps avant l'apparition des règles, environ dix jours. Elles partaient de la symphyse pubienne, s'étendaient à tout le pli de l'aine jusqu'à l'épine iliaque antérieure, puis s'irradiaient dans le bas-ventre. La pression les exaspérait, parfois même elles étaient si violentes qu'on aurait pu croire au premier aspect à une péritonite. L'apparition de l'époque menstruelle mettait fin à ces souffrances excessives et prolongées. Dans les réflexions qui suivent les observations de ces cas qui ne doivent pas être rares pour l'auteur, il discute la cause de ces douleurs si prématurées, et il pense que la tuméfaction de l'ovaire doit en être la cause, tuméfaction très-difficile à constater, il est vrai, mais qui aurait été observée par Oldham (*Transactions philosophiques*) quelque temps avant l'apparition des menstrues, dans un cas où l'ovaire descendait par le canal inguinal jusque dans la grande lèvre. En même temps, l'organe se tuméfiait et la malade accusait alors de vives souffrances.

C'est avec raison que l'auteur de ce travail pense que ces observations ne sont pas absolument rares, car les dysménorrhées de ce genre ont été mentionnées par des médecins français et étrangers dont M. Priesley ne parle point, je veux dire par MM. Aran, Courty, Bernutz, Scanzoni, Siredey et d'autres encore. Les réflexions qui suivent les observations du médecin anglais ont déjà été faites par les auteurs précédents. A. G.

Cas d'ovariotomie.

Ovariotomy by enucleation, without clamp, ligature or cautery, by J. F. MINER, of Buffalo. (*Americ Journ. of the medic. sciences, oct.* 1872, *p.* 391-395.)

C'est le hasard qui conduisit l'auteur à cette méthode. En avril 1869 il pratiquait l'ovariotomie pour un énorme kyste multiloculaire. Les adhérences, très-nombreuses, se détachèrent si facilement, qu'arrivé au niveau du pédicule, l'opérateur fut tenté de continuer ses tentatives de décollement. Il réussit à extirper la tumeur sans avoir à lier un seul vaisseau. L'écoulement sanguin s'arrêta de lui-même en peu de temps sans avoir été plus abondant par le pédicule qu'au niveau des autres adhérences. Quinze jours se passèrent sans accidents, puis survint un affaiblissement croissant et la malade mourut d'épuisement (exhaustion) le 21e jour.

Au mois de décembre suivant la même opération fut répétée sur une femme de 66 ans, devant une nombreuse assistance. Comme dans le cas précédent les adhérences étaient nombreuses, de plus, on sentait des pulsations artérielles dans le pédicule. L'opérateur détacha avec l'aide des doigts, les vaisseaux des parois du kyste en commençant par la base d'implantation du pédicule. Les bandes vasculaires ainsi détachées se rétractèrent à tel point que le pédicule semblait avoir été sectionné par l'instrument tranchant. L'hémorrhagie fut insignifiante. La mort survint 18 heures après. L'auteur l'attribua à l'erreur d'un des aides. On fit à la malade deux injections hypodermiques de morphine au lieu d'une. Elle mourut narcotisée après avoir éprouvé déjà l'ébranlement de l'opération. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie dans la cavité abdominale.

Le professeur Thomas aurait eu recours trois fois avec succès à cette méthode.

Le docteur Richard Meade, de Bradford, en Angleterre, a publié un cas de succès dans le *British med. journal* de 1870. (n° 26 p. 577.)

Enfin l'auteur cite une troisième opération faite par lui en mai dernier, dans de semblables conditions sur une femme de 22 ans. Après les 48 premières heures tout symptôme morbide cessa « la patiente ne fut pas rendue malade par l'opération. »

Miner pose cette conclusion : *Toutes les tumeurs de l'ovaire dont l'extirpation est possible devraient être extirpées par énucléation.* Si après quelques minutes le sang n'avait pas cessé de couler, on devrait avoir recours d'abord à la torsion, et en cas d'insuffisance au constricteur artériel de Speir; enfin si l'on avait maladroitement rompu un vaisseau trop important, on appliquerait une fine ligature métallique.

Two cases of ovariotomy, *by.* **R. T. KNIGHT. of Baltimore, Maryland.** (*Même recueil*, p. 434-436.)

La première observation est un cas d'énucléation opérée à la très-grande surprise du chirurgien. L'énucléation achevée, et malgré l'absence d'hémorrhagie, le docteur Knight traita le ligament large comme un pédicule ordinaire, il y appliqua un clamp. La guérison fut rapide.

La deuxième observation offre un autre genre d'intérêt. La malade opérée en pleine menstruation guérit parfaitement. Elle eut un suintement sanguin par la cicatrice aux trois premières époques menstruelles qui suivirent l'opération.

Case of ovariotomy, *by.* **E. A. LEE. of Duquoin, Illinois** (*Même recueil*, p. 436.)

Guérison après des accidents de péritonite. Une sonde à demeure fut installée dans le rectum. Chaque fois qu'on l'enlevait, les gaz s'accumulaient et les accidents reprenaient de l'acuité. CH. PÉRIER.

Third series of fifty cases of ovariotomy, par T. KEITH. (*The Lancet*, 16 nov. 1872, *t. II, p.* 702.)

Les cinquante opérations d'ovariotomie, dont il est rendu compte dans cet article, ont été pratiquées du mois d'avril 1870 au mois de septembre 1872. Les deux premières séries avaient été précédemment publiées en 1867 et en 1870.

Du tableau statistique, donné par l'auteur, il résulte que ces cinquante opérations ont fourni quarante-deux guérisons et huit morts, ou une mortalité d'un peu plus de 19 pour 100.

Un certain nombre d'opérées avaient subi une ou plusieurs ponctions. Le clamp a été généralement employé. Dans quelques cas, le pédicule a été divisé avec le cautère. Les plus grandes précautions ont été prises pour s'opposer à l'écoulement du sang et les ligatures ont toujours été faites avec le fil animal de Lister. E. D.

Deux cas d'ovariotomie; une guérison. Observations du Dr GILLETTE. (*Un. méd. oct.* 1872, *n°* 127, *p.* 646.)

Ces deux opérations furent pratiquées par M. E. Cruveilhier à la Salpétrière. Dans le premier cas (50 ans), le clamp lâcha au moment de terminer l'opération, et on fut obligé de maintenir le pédicule à l'aide de deux gros fils qui furent fixés au dehors ; ce pédicule se rétracta de bonne heure et fortement ; malgré ces deux accidents, la guérison fut rapide. Dans le second cas (30 ans), on avait affaire à un kyste volumineux, uni à une tumeur formée par la juxtaposition d'une centaine de petits kystes aréolaires; les adhérences intéressaient la ligne blanche, l'épiploon, la paroi abdominale antérieure; il fallut employer les ciseaux pour les rompre. On s'aperçut pendant l'opération que l'utérus était gravide. Deux jours après survint une fausse couche; le fœtus était âgé de deux mois environ : la malade succomba au bout de quelques jours. L'auteur fait remarquer combien il était difficile de diagnostiquer une grossesse de deux mois dans ce cas particulier : le kyste était extraordinairement volumineux, la femme avait eu une couche régulière treize mois avant l'opération, et les règles n'avaient jamais reparu depuis cette époque. J. C.

Observation d'une seconde menstruation établie à 56 ans par les seins, par le Dr Fréd. TUEFFARD, de Montbéliard. (*Un. méd., n°* 142, 80 *nov.* 1872, *p.* 845.)

La personne qui fait le sujet de cette curieuse observation a été réglée régulièrement jusqu'à 50 ans ; elle a eu deux enfants, elle a toujours été lymphatique et anémique. Depuis la ménopause, l'auteur a dû la soigner plusieurs fois pour des ulcérations et des granulations du col. Depuis le mois de novembre 1871, tous les mois, les seins sont le siége d'une tuméfaction douloureuse, puis d'un écoulement d'abord séreux, puis sanguinolent, qui dure 8 jours. Cette hémorrhagie est précédée par tous les phénomènes généraux qui annoncent ordinairement l'approche des règles.

Toutes les autres fonctions sont régulières. J. C.

Hypertrophische Verlængerung der vorderer Muttermundslippe wæhrend der Schwangerschaft (Allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col pendant la grossesse), par SCARLAU, in : *Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, tome II, fasc.* 1, 1872.

Au neuvième mois de sa grossesse une femme multipare s'aperçu qu'une tumeur faisait saillie à la vulve ; c'était la lèvre antérieure d

col, allongée, de couleur violacée. L'accouchement se fit parfaitement : la tête de l'enfant repoussa fortement la tumeur contre les pubis. Dix jours après l'accouchement, il n'existait plus de différence appréciable entre les deux lèvres du col. (Le fait vient à l'appui des opinions de M. Guéniot (1), et doit être rangé dans la forme désignée par lui sous le nom d'allongements œdémateux, car l'histoire de la malade prouve d'une façon manifeste, qu'il n'existait point de véritable hypertrophie.) L.-E. DUPUY.

Note sur les manifestations rhumatoïdes de l'état puerpéral proprement dit et du puerpérisme infectueux, par M. QUINQAUD. (*Gazette médicale*, 1872, *nos* 41, 45, 47, *etc.*)

On connait l'opinion de certains cliniciens, et, en particulier, de M. Lorain sur certaines formes d'arthrite qui se développent chez l'homme et chez la femme pendant le cours d'une uréthrite, d'une vaginite, etc., pendant la grossesse, ou après l'accouchement, ou bien encore chez les sujets atteints de dyssenterie. Ces médecins réunissent toutes ces manifestations articulaires sous le nom de *rhumatisme génital*.

M. Quinquaud, dans son travail, nous semble vouloir aller plus loin encore. Pour lui, les arthrites qui suivent l'accouchement seraient des manifestations d'une infection générale de l'économie, qu'il désigne sous le nom d'état puerpéral ou de puerpérisme infectieux suivant sa gravité plus ou moins grande. A. J.

Observation de vomissements incoercibles pendant la grossesse ; avortement provoqué ; mort ; par le Dr NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux. (*Un méd.*, 5 *déc.* 1872, *n*° 144, *p.* 867.)

Cette observation, prise avec de minutieux détails qui la rendent importante à étudier, est suivie de quelques réflexions où l'auteur montre que l'avortement provoqué a fait immédiatement cesser les vomissements, et qu'il vaut mieux dans ces cas agir plus tôt que plus tard, l'affaiblissement rendant beaucoup plus grave une opération qui, dans les premier temps de la grossesse, comme c'était alors le cas, est toujours dangereuse. J. C.

On irritable bladder in the latter months of pregnancy (Vessie irritable dans les derniers mois de la grossesse), par W. J. PLAYFAIR. (*Transactions of the obstetrical Society of London, t. XIII*, 1871, *p.* 42.)

Dans les derniers mois de la grossesse, on peut observer une irritabilité excessive de la vessie occasionnant de la gêne et des souffrances atroces.

Le principal symptôme consiste dans la fréquence extrême des besoins d'uriner, quelquefois ces besoins sont incessants, accompagnés d'éprein-

(1) *Guéniot.* De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. Archives de médecine, avril 1872.

tes. Dans certains cas l'appareil symptomatique peut être vraiment inquiétant.

On a bien parlé de troubles de la miction suivant la délivrance et survenant dès les premiers mois de la grossesse par suite de la rétroversion de l'utérus gravide, mais personne n'avait encore insisté sur cette forme de dysurie.

En dehors de la grossesse la « *vessie irritable* » peut avoir pour cause une antéflexion de l'utérus, une tumeur pelvienne, utérine ou ovarienne qui la comprime ; on conçoit facilement qu'une position fâcheuse du fœtus puisse y donner lieu. Dans deux cas que M. Playfair observa, les malades se plaignaient de mouvements tumultueux et répétés du fœtus, beaucoup plus marqués que dans leurs premières grossesses. La dysurie survenait quand le fœtus prenait une position oblique et cessait quand il avait son grand axe parallèle au grand axe de la matrice.

Le mécanisme de l'affection étant connu, le traitement découle de lui-même. La facilité avec laquelle la position du fœtus dans l'utérus peut être modifiée par des manœuvres externes, a bien été reconnue surtout sur le continent par Wigand, Stoltz, Mattei, Martin et d'autres auteurs. En somme, l'*expression utérine*, judicieusement appliquée, peut rendre les plus grands services. M. Playfair cite alors trois belles observations très-probantes et conclut que dans les cas de vessie irritable, la cause tient ordinairement à une position momentanément vicieuse du fœtus, position que l'on peut corriger de suite par des manœuvres externes convenablement appliquées. LABADIE-LAGRAVE.

Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale, par A. D'ESPINE. *(Arch. gén. de méd., oct. 1872.)*

Nous reproduisons les conclusions du travail de M. d'Espine sur la septicémie puerpérale.

1° La septicémie puerpérale est constituée par une série d'accidents plus ou moins graves, suivant la dose de matières septiques absorbées par les plaies du canal utéro-vaginal.

2° Ces accidents n'ont rien de spécial à la puerpéralité et doivent être assimilés à ceux que produit la septicémie chez les blessés et les animaux.

3° Le point de départ est toujours dans l'utérus ou le vagin ; toutes les causes qui empêchent la cicatrisation de la plaie utérine et qui favorisent le développement de matières septiques à sa surface, sont des causes efficientes de la septicémie puerpérale.

4° Les lymphatiques sont la voie habituelle d'absorption du poison ; la lymphangite est la trace ordinaire, mais non nécessaire, de son passage.

5° La péritonite est une lésion de voisinage due à l'apport des matières septiques par les lymphatiques utérins ; elle est comparable aux inflammations locales qui se développent autour des plaies infectées.

6° L'effet de l'absorption septique sur l'organisme est de déterminer des congestions et des inflammations dans tous les organes, en particulier dans les poumons, les reins et l'intestin ; des ecchymoses sous-séreuses ou des apoplexies interstitielles ; des inflammations internes ou externes

qui se localisent de préférence sur les séreuses ; pendant la vie cette action se traduit par de la fièvre, de la diarrhée, de la congestion pulmonaire, des épistaxis et surtout par des éruptions cutanées fugaces.

7° La résorption purulente et la résorption septique se confondent dans la clinique.

8° La fièvre de lait n'existe pas ; la fièvre du premier septénaire est presque toujours une septicémie légère due à une résorption des lochies par les petites plaies du canal utéro-vaginal. Elle peut se prolonger pendant des semaines quand la rétraction utérine ne se fait pas et que les lochies sont fétides. Dans ce cas, on trouve presque toujours des ulcérations du col ou du vagin qui sont le lieu de l'absorption.

9° Ces infections légères s'accompagnent souvent, mais non toujours, d'angioleucite utérine et de signes de périmétrite légère. Quand l'infection se prolonge, il peut y avoir consomption et mort (*phthisie septique*).

10° La pyémie puerpérale est une complication de la septicémie et coïncide presque toujours avec la purulence des veines de l'utérus. C'est une complication relativement rare, due, suivant toute probabilité, à des embolies septiques. — Les abcès métastatiques viscéraux en sont tributaires, tandis que presque toutes les inflammations du tissu cellulaire et des articulations sont dues à l'infection lymphatique et ne sont pas de nature embolique.

Puerperal diseases treated with turpentine (Affections puerpérales traitées par la térébenthine), by A. COPEMAN. (*Med. Times and Gaz.*, 26 *oct.* 1872.)

Observations de fièvres puerpérales traitées par la térébenthine. — Faits très-nombreux.

1re série	—	21	cas.	6 morts.	15	guérisons.
2e série	—	36	cas.	13 morts.	23	guérisons.
3e série	—	22	cas.	5 morts.	17	guérisons.

Travail en voie de publication depuis très-longtemps et qui se continue.

J. DUBRISAY.

Puerperal mortality, by F. R. HOGG. (*Med. Times and Gaz.*, 19 *oct.* 1872.)

Dans un récent ouvrage publié sur ce sujet, miss Nightingale établit que pendant ces dernières années la mortalité a été, dans l'hôpital the city of London the Lying in Institution, de 10,9 pour 1,000; dans the Endell Street hospital de 14,3 pour 1,000; dans Queen Charlotte's hospital de 26,3 pour 1,000; dans the Rotunda hospital (Dublin), de 26 pour 1,000; enfin, dans huit autres maternités considérées en masse de 8,8 pour 1,000 ; ou 51 décès sur 5,575 accouchements.

A l'Étranger la mortalité est plus considérable. Ainsi à Vienne elle est de 86 pour 1,000 ; à Saint-Pétersbourg de 90 pour 1,000 ; à Strasbourg de 140 pour 1,000.

En faisant la moyenne pour toute l'Europe la mortalité dans les maternités serait de 32 pour 1,000.

Au contraire, à domicile, la moyenne de la mortalité est à Londres, de 3,9 pour 1,000; à Paris, de 5 id.; à Edimbourg de 5, id.; à Saint-Pétersbourg de 6, id.; à Berlin de 14, id.

Dans les cas d'épidémie l'évacuation et la purification des salles sont encore le meilleur moyen. Ainsi à the City of London hospital, en 1870, sur 384 accouchées il y avait eu 13 morts; en 1871, après l'évacuation et la remise à neuf des salles, sur 460 accouchées il n'y eut plus que 4 morts.

A the York Road hospital Lambeth où les salles sont évacuées toutes les trois semaines, les lits nettoyés à la chaux dès qu'ils deviennent vacants, où jamais une autopsie n'est pratiquée, en l'espace de trois ans, sur 1,000 accouchées, il n'y eut que 3 morts.

En 1871, sur 375 accouchements il n'y eut qu'un cas de mort; celle-ci fut causée par une albuminurie.

Dans les hôpitaux the City Road and Endell Street, la fièvre puerpérale est inconnue, mais il y a des salles séparées pour les accouchements et les femmes se servent de leurs propres vêtements.

Dans les maternités destinées aux femmes des militaires, toutes les conditions d'hygiène sont observées. Aussi en 1871, sur 832 accouchements il y eut 3 décès, l'un par suite de phthisie pulmonaire.

A Woolwich de 1862 à 1872 sur 1,177 accouchements il y eut 11 décès, dont l'un par accident. J. DUBRISAY.

On tetanus after abortion (Tétanos après l'avortement), par Alfred WILTSHIRE.
(Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XIII, année 1872.)

Le tétanos consécutif aux lésions utérines est rare. D'après les statistiques, il paraît être le plus rare quand l'utérus est à l'état de vacuité, moins rare après l'avortement, et moins encore après la délivrance en pleine période de grossesse.

Dans deux cas observés par Alf. Wiltshire, il y avait une grande dépression morale. Aussi, ce médecin prétend que le tétanos n'est pas seulement produit par les modifications périphériques, mais surtout par le trouble apporté au centre cérébro-spinal.

Pour appuyer ce dernier point d'étiologie du tétanos, il montre les paroxysmes de « rigidité clonique » survenant sous l'influence de la perturbation mentale, laquelle, dans un cas qu'il rapporte, a détruit l'effet heureux d'une médication qui avait fait cesser les spasmes.

D'un autre côté, les relations qui existent entre les fonctions utérines et les fonctions cérébrales, expliquent assez pourquoi dans le tétanos de cause utérine, certains états de l'utérus peuvent faire éclore cette maladie par le fait de dépression morale.

Il observa aussi quelques cas rares présentant des symptômes analogues à ceux que Trousseau a classés sous le nom de tétanie, dans lesquels l'anxiété mentale jouait un rôle prédominant; pour lui, ce serait de la tétanie utérine. La présence de lésions utérines pourrait peut-être, dans ces cas, avoir déterminé l'apparition du tétanos aigu.

M. Wiltshire ne veut pas pour cela méconnaître les causes périphériques. C'est ainsi que, dans les cas de rétention placentaire, le corps

étranger pourrait produire le tétanos de deux façons : 1° par sa propre présence; 2° en déterminant des conditions favorables à la production d'un poison animal possédant des effets analogues à ceux de la strychnine. L.-L.

Eclampsie, cessation brusque des accès après une injection hypodermique d'atropine et de morphine, par M. le Dr DIVET. (*Gazette des hôpitaux*, 17 *oct.* 1872.)

Primipare de 27 ans. — Accès convulsifs, suivis de coma, survenus après l'accouchement.

Pas d'albumine dans l'urine. — Pas d'œdème.

Trois accès violents dans un quart d'heure.

Injection de 1 gr, 50 environ de la solution suivante :

Sulfate d'atropine Acétate de morphine	AA 0 gr. 04.
Eau.	8 gr.

Sommeil immédiat de 7 heures. — Guérison.

Nous ferons remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'éclampsie, mais bien probablement d'épilepsie.

L'auteur dit aussi qu'il a injecté la dose énorme de 75 centigrammes de sulfate d'atropine, c'est une erreur, la quantité injectée de sa solution, (1 gr. 50) ne renferme que 75 dixièmes de milligramme de sulfate d'atropine. A. J.

Des indications fournies par la température dans un cas d'éclampsie, observation de M. BUDIN. (*Gazette des hôpitaux*, 14 *décembre* 1872.)

Ce premier Paris de la *Gazette des hôpitaux* renferme une observation de M. Budin, venant confirmer les conclusions de M. Bourneville. Il s'agit d'une primipare ayant eu douze accès d'éclampsie. La température s'éleva à 42°, 2 puis redescendit progressivement. La malade guérit. M. Budin insiste sur l'importance qu'acquièrent les renseignements donnés par la température centrale au point de vue du pronostic. A. J.

De la grossesse gémellaire, par Constant LEROY. — *Thèse de Paris*, 1872.

Le chapitre réellement original de cet ouvrage est celui qui a trait à l'*étiologie* de la grossesse gémellaire.

D'après l'auteur, la multiparité ne serait point la seule cause éloignée influant sur le nombre des grossesses doubles; il faudrait y ajouter l'*aisance* et l'*hérédité*.

Plusieurs tableaux statistiques (portant sur 41,000 accouchements et relevés, d'une part dans la riche province belge de Namur, et de l'autre dans le Hainaut, où l'élément ouvrier est surtout considérable) démontrent

une proportion de grossesses gémellaires bien plus considérable dans les classes aisées que chez les gens pauvres.

Quant à l'hérédité, l'auteur cite plusieurs exemples inédits qui la mettent hors de doute, et, entre autres, un fait aussi rare que curieux de transmission de l'aptitude à la grossesse multiple jusqu'à la troisième génération. L.-E. DUPUY.

Einige Fælle von abnormen Verlaufen der Placentargefæsse (Quelques cas d'anomalie des vaisseaux du placenta), par le Dr RUGE. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, tome II, fasc.* 1, 1872.)

Certaines anomalies citées par l'auteur présentent de l'intérêt par le fait seul de leur rareté; ainsi dans deux placentas, plusieurs vaisseaux pénétraient entre les membranes de l'œuf sous forme de *vasa aberrantia*. D'autres sont intéressantes à un point de vue plus pratique, car elles peuvent mettre en danger l'existence du fœtus. Telle est *l'insertion vélamenteuse du cordon* qui s'observe surtout dans les grossesses gémellaires. Dans cette forme d'insertion, le cordon pénètre dans les membranes à une certaine distance du placenta et les vaisseaux cheminent entre elles pour gagner le bord placentaire. L.-E. DUPUY.

Tumeur congénitale molluscoïde de la région fessière, augmentant de volume à chaque grossesse et diminuant après l'accouchement. (*Note lue à la société médicale des hôpitaux, dans l'Union médicale,* 3 *oct.* 1872, *p.* 521.)

L'intérêt de cette observation réside 1° dans le fait de l'augmentation de volume de cette tumeur pendant les grossesses, de la diminution après les délivrances. 2° dans l'observation de la température pendant une période d'accidents éclamptiques avec albuminurie, la température s'élevant à mesure que les accès augmentaient de fréquence et s'abaissant à mesure de leur éloignement. J. C.

De l'érysipèle de l'ombilic chez le nouveau-né, par FUALDÈS. — *Thèse de Paris,* 1872.

L'érysipèle des nouveau-nés est une affection puerpérale, presque fatalement mortelle; cette vérité, mise en lumière par *Lorain* (1) et *Trousseau* (2), se vérifie trop souvent dans nos hôpitaux, où l'encombrement amène parfois des désastres déplorables.

A la fin de décembre 1871, la Maternité de l'hôpital Lariboisière étant infectée par la fièvre puerpérale fut fermée jusqu'au 19 janvier 1872, grâce aux instances du docteur Siredey, chef du service.

Peu de temps après sa réouverture, la salle fut de nouveau au complet, et, *grâce à cet encombrement, les accidents puerpéraux reparurent.*

(1) *Thèse de Paris*, 1855.
(2) *Clinique médicale*, t. I.

Du 19 janvier au 1er juillet 1872, 16 érysipèles de l'ombilic se déclarèrent chez des nouveau-nés venus au monde parfaitement viables; 10 de ces enfants sont morts dans le service; quant aux 6 autres, 2 sont morts peu de jours après leur sortie de l'hôpital, et l'on n'a pu avoir de renseignements exacts sur les 4 derniers emmenés de la Maternité en voie d'amélioration.—L'auteur attire sur ces faits l'attention des membres de la commission chargée de réorganiser l'Assistance publique. L.-E. DUPUY.

Ueber die Ursachen fehlerhafter Drehung der Schultern nach Austritt des Kopfes bei Schædelgeburten (Des causes de la rotation vicieuse des épaules après la sortie de la tête dans les présentations du sommet), par DOHRN. *(Archiv für Gynækologie, tome IV, fasc. 2, 1872.)*

Il n'est pas rare de voir dans la première position du sommet l'épaule gauche apparaître sous les pubis, ou, dans la deuxième position, l'épaule droite. D'après l'auteur, les causes de cette rotation vicieuse ne seraient dues habituellement, ni à une disposition particulière du bassin, ni aux dimensions de l'enfant ou à l'enroulement du cordon, mais bien à la configuration de l'utérus. Ces assertions reposent sur 205 observations de rotation vicieuse des épaules. L. E. DUPUY.

Rétrécissement et déformation du bassin. Céphalotripsie répétée. Succès, par M. PAJOT. *(Gazette des hôpitaux, 14 novembre 1872.)*

Il s'agit d'une dame de trente ans, primipare, boitant depuis l'âge de trois ans. — Les tibias sont droits, les fémurs fortement arqués et les cuisses extrêmement courtes.

Le membre pelvien droit est moins long que l'autre.

Les membres supérieurs sont normaux.

Par l'examen du bassin, on constate que le côté gauche est assez large pour laisser passer un forceps ordinaire.

Le côté droit, au lieu de présenter au doigt explorateur une surface courbe et relativement large, offre une surface presque plane, constituant une telle étroitesse de la moitié droite du bassin, qu'il paraissait impossible qu'une branche de forceps pût y passer.

Après la rupture de la poche des eaux et consécutivement à un travail énergique de 9 heures, on fit en vain une tentative d'application du forceps. — Il y eut impossibilité absolue d'introduire la branche droite. — On fit alors la perforation du crâne et trois applications de céphalotribe porté aussi haut que possible. — Une heure et demie plus tard, la patiente expulsait un enfant d'un volume un peu plus qu'ordinaire. La base du crâne avait été atteinte et broyée. — L'accouchée n'eut aucun accident.

M. Pajot fait remarquer que la céphalotripsie répétée compte donc aujourd'hui six succès sur huit cas. A. J.

Report of a case of cœsarean section, par G. E. YARROW. (*The Lancet*, 12 *oct.* 1872, *p.* 523.)

L'opération césarienne a été pratiquée sur une femme de 34 ans enceinte pour la seconde fois, rachitique, présentant une incurvation latérale de la partie inférieure de la colonne dorsale et une incurvation antérieure de la région lombaire. La poche des eaux était rompue depuis environ 24 heures. La tête de l'enfant se présentait. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait environ un pouce et demi.

L'opération fut faite le 15 septembre. L'incision pratiquée un peu à droite de la ligne médiane divisa le placenta dont l'insertion n'avait pu être reconnue, et un des bras de l'enfant se présenta entre les lèvres de la plaie. L'enfant qui était bien vivant fut extrait. Aucune anse intestinale ne fut aperçue ; mais une portion de l'épiploon sortit un instant à travers la plaie et fut repoussée dans la cavité abdominale.

Une suture à points séparés réunit les bords de l'incision abdominale.

La malade prit dans les deux heures qui suivirent l'opération de l'eau-de-vie et du thé de bœuf. Après avoir assez bien passé les trois premiers jours, elle fut prise de tympanite et de vomissements et mourut le 20 septembre. La plaie avait conservé bon aspect.

A l'autopsie, les bords de la plaie n'étaient pas réunis entre les sutures. L'incision utérine mesurait un pouce et demi ; elle était béante et exhalait une très-mauvaise odeur. Il y avait une petite quantité de sang de couleur foncée, dans le bassin ; les intestins et le péritoine qui les recouvre étaient sains ; mais la partie postérieure du bassin offrait des signes d'inflammation.

L'enfant a survécu et s'élève bien. E. D.

Procédé pour extraire les membranes de l'œuf lorsqu'elles menacent de se rompre, par H. GODARD. (*Gazette des hôpitaux, oct.* 1872.)

Dans les cas où les membranes ne viennent pas facilement à la suite du placenta et résistent aux tractions en menaçant de se rompre, le placenta étant sorti du vagin, après l'avoir tourné plusieurs fois sur son axe, M. Godard pose une ligature, avec un fil, assez long et fort, sur les membranes enroulées à la suite du placenta. On se débarrasse du placenta par une section faite entre lui et la ligature, et on termine la délivrance par des tractions graduelles et soutenues exercées sur la ligature.

Ce procédé non encore décrit, a été employé avec succès par l'auteur.

A. J.

Injections iodées dans la cavité de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies qui succèdent à la délivrance, par le Dr FLORNOY, chirurgien-adjoint de la maternité à Bordeaux. (*Bordeaux-Médical*, 10 *nov.* 1872.)

Le docteur Flornoy, s'appuyant sur une communication que le docteur Dupierris fit en 1870 à la Société de médecine de Bordeaux au sujet de

l'efficacité des *injections iodées dans la cavité de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies qui succèdent à la délivrance, et de leur action comme moyen préventif de la fièvre puerpérale*, arrêta deux métrorrhagies excessivement abondantes au moyen d'injections intra-utérines ainsi composées :

Eau distillée.....	30 grammes.
Teinture d'iode.....	15 —
Iodure de potassium....	0,25 centigrammes.

H. H.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Gynécologie.

Diseases of women, by R. Drysdale M. D. (*The medic. Press and circular*, 20 novembre 1872.)

On a case of pelvic hæmatoma, or retro-uterine hæmatocele; with remarks, especially as to the source of the hæmorrhage. Mémoire lu à « Obstetrical society of London, » par le Dr Snow Beck. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 601.)

Du phlegmon peri-utérin, par Roumieu. *Thèse* de Paris, 1872.

Tuberculosi pulmonare. Ematocele retro-uterino. Morte. Autopsia. (Tuberculose pulmonaire. Hématocèle rétro-utérine. Mort. Autopsie.) Observation par Barberis. (*Gazetta delle cliniche, de Turin*, octobre 1872.)

Reduction of an inverted uterus of twenty-two year's standing. By James P. White. (*The Buffalo med. journal*, Aug. 1872.)

Acute inversion of the uterus, par T. Joyce. (*Brit. med. journ.* 7 déc. 1872, t. II, p. 630.)

Die Behandlung veralteter Inversihuteri nach Entbindungen. (Traitement des inversions anciennes de l'utérus consécutives à l'accouchement, par Martin. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 1.)

New insufflator for treating diseases of the uterus with medicated powdered charcoal, par John Clay. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, t. II, p. 775.)

Ueber Atrophia uteri (De l'atrophie de l'utérus,) par Jacquet. (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 1, 1872.)

Large fibrous polypus of uterus. Profuse hemorrhage. Opération. Recovery. Dr John Ward Cousins. (*Med. Times and Gaz.*, 9 novembre 1872, t. II, p. 516.)

Operation der Uteruspolypen (Opération des polypes de l'utérus), par Martin. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, tome II, fasc. 1.)

Tumour of the right ovary. Atlee, 8 septembre 1870. *Proceedings of the path. Soc. of Philadelphia*, t. III, 1871, p. 180.

Ovarian and uterine tumours, Dr Porter, 22 décembre 1870. *Id.* p. 192.

Kyste pileux de l'ovaire et corps fibreux calcifiés de l'utérus chez une femme de 60 ans, morte d'albuminurie.

Uterine hydatids. (*Med. Times and Gaz.*, 7 déc. 1872, t. II, p. 628.)

A case of uterine hydatiform or vesicular mole, par John M. Bryan. (*Brit. med. journ.*, 26 oct. 1872, t. II, p. 461.)

Zu den Sarkomen des Uterus und der Scheide (Du sarcome de l'utérus et du vagin), par Spiegelberg. (*Archiv für Gynækologie*, tome IV, fascicule 2, 1872.)

Cancroïd der Portio vaginalis; Operation; dauernde Heilung (Cancroïde de la portion vaginale du col; opération; guérison durable), par Scharlau. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 1.)

Cancer of uterus, vagina, and bladder, with cysts in kidney (Cancer de l'utérus du vagin et de la vessie avec kystes du rein), par le Dr Playfair. (*Brit. med. journ.*, 30 nov. 1872, t. II, p. 606.)

Excroissances fongueuses de l'urèthre, chez la femme, par le Dr Vaille, à Englefontaine (Nord). (*Un. méd.*, 21 nov. 1872, p. 790.)

Pelvio viscera of a woman who died from spontaneous rupture of an ovarian cyst, complicated with a fibroid tumour of the uterus (Viscères pelviens d'une femme morte d'une rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire compliqué d'une tumeur fibreuse de l'utérus), par le Dr Prothero Smith. (*Transactions ob the obstetrical Society of London*, vol. XIII, p. 39, 1872.)

Ovarian cyst by Dr Edis. (Kyste de l'ovaire, par le Dr Edis.) *Transaction of the obstetrical Society of London*, vol. XIII, p. 41, 1872.

Ovariotomie.

Report of a successful case of ovariotomy, par George Ashdown. (*Brit. med. journ.*, 2 nov. 1872, t. II, p. 493.)

Ovarian cyst; ovariotomy; recovery. M. Simon. (*The Lancet*, 9 nov. 1872, t. II, p. 671.)

Opérations d'ovariotomie.

1° — J.E. Owens. (*Chicago med. journal*, septembre 1872.) Femme de 28 ans. — Adhérences au niveau de la base et du pédicule. Petite tumeur cancéreuse de la paroi postérieure de l'utérus. Mort le 18e jour : péritonite et perforation de l'intestin grêle.

2° — Hunter Mac Guire. (*Virginia clinical record.*, july 1872.) Femme de 62 ans. — Tumeur complexe. — Ablation forcément incomplète. — Mort 16 heures après l'opération.

3° — Gaillard Thomas. (*Américan practitionner*, july, 1872.) Trois cas d'ovariotomie double. — Trois guérisons.

4° — Holmes Bixby. (*Journal Gynæcological society*, Boston.) Un succès.

Neue Fælle von Ovariotomie. Troisième décade, par le Dr Stilling de Cassel (*Deutsche Klinik*, n° 39 et seq., 1872.)

Cisto-ovarico moltilocolare sinistro estirpato con successo. (Kyste ovarique multiloculaire gauche extirpé avec succès, par le Dr Ruggi. (*Bulletino delle scienze mediche, de Bologne*, fasc. juillet 1872.)

Ovarian dropsy operated during acute peritonitis, par Richard D. Tracy (de Melbourne). Communiqué à *Royal medical and chirurgical society* le 8 octobre 1872, par Spencer Wells. (*Brit. med. journ.*, 19 octobre 1872, p. 454.)

Ovariotomy, par John Manley. (*The Lancet*, 12 oct. 1872, p. 550.)

Ovariotomy. Death on the seventh day from peritonitis. Rivington. (*Med. Times and Gaz.*, 9 nov. 1872, t. II, p. 515.)

Ovariotomie. — Procédé spécial applicable à l'extirpation des kystes multiloculaires, dont le contenu ne peut être évacué par le trocart, dans le but de diminuer l'étendue de la plaie faite aux parois abdominales, par M. le Dr Michel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, aujourd'hui à Nancy. (*Gaz. hebdomadaire*, 1872, no 47, p. 758.)

De l'hémorrhagie utérine essentielle, par Alirol. (*Thèse* de Paris, 1872.)

De la sémiotique des métrorrhagies en dehors de l'état puerpéral, par Thomas. *Thèse* de Paris, 1872.

Case of abnormal structure of the female genitale organs. R. Brown, of Baltimore, Maryland. (*The amer. journ. of med. science*, p. 575.) Absence de l'utérus, réduit à ses deux cornes, du clitoris des petites lèvres et du vagin réduit à un simple cul-de-sac. Epistaxis supplémentaires.

Obstétrique.

Absence of the uterus after repeated pregnancies (Absence de l'utérus après des grossesses répétées), par Walter Whitehead. (*Brit. med. journ.*, 12 oct. 1872, t. II, p. 408.)

Manuel d'obstétrique ou aide-mémoire de l'élève et du praticien par le Dr M. Nielly, in-16, 207 pages; G. Masson, Paris, 1872.

Quelques faits d'obstétricie, par le Dr E. Putégnat (de Lunéville), in-8o, 1871.

Ueber Behandlung der Fehlgeburten (Des avortements au point de vue du traitement), par Dohrn. (*Sammlung klinischer Vortræge*, no 42, 24 octobre 1872.)

Etude générale de l'avortement, par Ibrahim Sabry. (*Thèse* de Paris, 1872.)

Sur l'accouchement prématuré, dit spontané, par M. Guéniot. (*Gazette des hôpitaux*, 22 et 29 octobre 1872, etc.)

The induction of premature labour, par Clement Godson. (*The Lancet*, 23 nov. 1872, t. II, p. 740.)

Zwei Fælle von künstlicher Frühgeburt wegen Beckenenge. (Deux cas

d'accouchement prématuré artificiel pour étroitesse du bassin.) Professeur Birnbaum. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 28 oct. et 4 nov. 1872.)

Secondary uterine hæmorrhage, par John Bassett. (*Brit. med. journal*, 2 nov., 1872, t. II, p. 491.)

Ueber die bimanuelle Compression des Uterus bei Blutungen der Nachgeburtsperiode (De la compression bimanuelle de l'utérus dans les cas d'hémorrhagies consécutives à l'accouchement), par Awater. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, tome II, fasc. 1.)

De la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement, par Omiccinski. (*Thèse* de Paris, 1872.)

Case of abdominal extra-uterine fœtation, by Satlecthwait. Elimination par le rectum. (*New-York med. journ.*, oct. 1872, p. 387.)

Ueber die Körperform der Neugeborenen (De la forme du corps des nouveau-nés), par Pfannknels. (*Archiv für Gynækologie*, tome IV, fascicule 2, 1872.)

Researches on the mechanical dilatation of the cervix uteri and the appliances used for the purpose, par J. M. Duncan. (*British. med. journ.*, 9 et 16 nov. 1872, t. II, p. 516 et 545.)

Remarks on the mechanical dilatation of the cervix uteri, par Lombe Atthill. (*Brit. med. journ.*, 7 déc. 1872, t. II, p. 624.)

Retroversion of gravid uterus. Retention of urine, Saint-Thomas hospital, par Boughton Addy (*Med. Times and Gaz.*, 28 sept. 1872, t. II, p. 351.)

Chloroforme in obstetric practice, par Arthur W. Edis. (*Brit. med. journ.*, 16 nov. 1872, t. II, p. 549.)

Convulsions during the removal of the placenta ; death, par A. Brooke George. (*Brit. med. journ.*, 12 oct. 1872, t. II, p. 411.)

Puerperal convulsions successfully treated by chloroforma in small doses, by O. Sanders, Carrollton Mississipi. (*The american journ. of med. sc.*, oct. 1872, p. 574.)

Beitræge zur Statistick der geburtshülflichen Operationen und ihrer Erfolge (Statistique des opérations obstétricales), par Fritsels. (*Arch. für Gynækologie*, t. IV, fasc. 2, 1872.)

Craniotomy in twin-labour. (Crâniotomie dans un accouchement gémellaire,) par W. M. Knipe. (*Brit. med. jour.*, 26 oct. 1872, t. II, p. 465.)

Storia di un' operazione cesarea (gastroisterotomia) eseguita dal dott. Ricciardi Massa Maritima, 1872 (Histoire d'une opération césarienne. — *Extrait du journal l'Indépendente*).

Compressione del funicolo ombelicale avvolto al collo e considerazioni sul

meccanismo del parto nelle posizioni posteriori (Compression du cordon ombilical enroulé autour du cou et considérations sur le mécanisme de l'accouchement dans les positions postérieures). Note du Dr Hercule-Frédéric Fabbri, lue à la Soc. med. chir. de Bologne. Bologne, 1872.

Letto ostetrico portatile. (Lit obstétrical portatif, imaginé par le Dr Angé Cavalli (de Faenza) présenté à la Soc. med. chir. de Bologne, par le Dr C. Belluzzi. (*Bulletino delle scienze mediche, de Bologne*, fasc. juillet 1872.)

A record of observations of temperature during parturition and in the puerperal state, presented by Dr J. Braxton Hicks, arranged by F.-S. Carey. (*Guy's hop., Rep.*, p. 447, 1872.)

Réponse à une interpellation concernant l'état sanitaire de la Maternité, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, séance du 9 août 1872, par le Dr Hervieux, médecin de la Maternité. (*Un. méd.*, 16 nov. 1872, p. 761.) — Cette note contient l'historique des cas peu nombreux d'accidents puerpéraux graves qui se sont présentés à la Maternité dans les 6 premiers mois de cette année.

Midwifery notes from British Caffraria, south Africa (Notes sur les accouchements dans la Cafrerie Anglaise, Afrique méridionale), par Charles James Egan. (*Med. Times and Gaz.*, 12 octobre 1872, t. II, p. 406.)

MALADIES DES ENFANTS.

ANALYSES.

Neue Erfahrungen über Rotheln (Nouvelles recherches sur la roséole), par le prof. L. THOMAS (de Leipzig.) (*Jahrbuch fur Kinderheilkunde und physiche Erziehung.* (*Neue Folge. V. Jahrgang, 4 Heft.* 16 *sept.* 1872, *p.* 345-355.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer une épidémie de roséole qui a sévi à Leipzig depuis le commencement de l'année 1872 et il donne une relation détaillée des cas qu'il a traités dans sa pratique. La roséole constitue d'après cet auteur un exanthème spécifique contagieux, qui doit être nettement séparé de la scarlatine et de la rougeole.

La durée d'incubation de la maladie varie de 17 à 22 jours; dans quelques cas isolés, elle a paru être de 3 semaines. L'exanthème est, en général, le phénomène initial. Thomas n'a pas observé de stade prodromique. Le plus souvent l'éruption se montrait chez des enfants qui avaient primitivement joui d'une bonne santé et étai accompagnée de quelques phénomènes catarrhaux (toux, éternument, coryza) avec ou sans engorgement ganglionnaire.

Ces premiers symptômes étaient bientôt suivis d'une légère injection de la conjonctive, de rougeur partielle du voile du palais et du pharynx, avec légère tuméfaction des amygdales, gêne de la déglutition, presque toujours passagère. La rougeur de la muqueuse palatine était tachetée; à côté de points fortement injectés, ou en apercevait d'autres au niveau desquels la muqueuse conservait sa coloration normale. Cette injection palatine suit les mêmes phases que l'éruption elle-même et s'efface en même temps que celle-ci s'éteint.

L'auteur n'a jamais observé d'engorgement ganglionnaire cervical très-considérable; il y avait dans certains cas une tuméfaction légère, accompagnée d'un gonflement modéré des amygdales et d'un peu de dysphagie.

Les troubles digestifs étaient insignifiants : anorexie, diarrhée peu abondante. Quant à l'exanthème, il était, en général, peu abondant, formé de taches partout isolées, tantôt à contours légèrement curvilignes, d'autres fois rondes ou elliptiques, le plus souvent d'un rouge vif et disséminées sur toutes les parties du corps.

L'éruption était surtout abondante à la face, au front, sur les joues, au menton; il n'était pas rare d'observer un peu d'œdème dans ces parties. Parfois elle envahissait le cuir chevelu.

Moins confluente au cou et sur le tronc, elle était plus discrète encore sur les membres, et l'épaisseur de l'épiderme la voilait presque complétement à la plante du pied et à la paume de la main.

Thomas trace ensuite les caractères distinctifs des éruptions rubéolique et morbilleuse. Les taches de la roséole seraient d'après lui plus arrondies, moins anguleuses, moins déchiquetées que celles de la rougeole; ce seraient plus tôt des macules que des papules et l'on ne retrouverait pas cette saillie qu'il est si fréquent d'observer au début de l'éruption morbilleuse. Il est cependant des cas où l'analogie est si frappante que la confusion serait possible au premier aspect.

Quant au mode d'invasion de l'exanthème, Thomas ne peut donner à cet égard que des renseignements très-vagues, car il n'a le plus souvent été appelé auprès des petits malades que lorsque la maladie était déjà confirmée.

Il semble cependant avoir observé parfois des éruptions prodromiques analogues à celles qui se montrent dans les autres fièvres éruptives et principalement dans la variole; ces taches se montreraient d'abord à la face et gagneraient bientôt le tronc, mais n'auraient qu'une durée éphémère. Après avoir, en quelques heures, atteint son complet développement, l'éruption surnuméraire pâlit et s'éteint.

La durée de l'exanthème rubéolique est généralement courte (en moyenne de 3 jours).

Thomas n'a jamais observé de desquamation dans la roséole;

il insiste tout particulièrement sur les signes fournis par la marche thermique. « Dans beaucoup de cas, » dit-il, « je n'ai pas constaté « d'augmentation de la température. Je veux bien admettre qu'il « peut y avoir eu de légères élévations thermiques avant l'époque « où les malades ont été soumis à mon examen, mais elles ne me « paraissent pas vraisemblables, d'après les renseignements que « la plupart des parents m'ont fournis. » Ces assertions sont, comme on le voit, tout à fait opposées aux résultats obtenus par Enninghous, qui aurait trouvé dans la roséole une élévation thermique constante. Thomas signale bien, il est vrai, dans quelques cas, une augmentation de la température, mais c'est plutôt une élévation unique, brusque et sans motif qu'un véritable cycle typique. Tout en admettant la possibilité d'une élévation thermique initiale, Thomas fait remarquer que la température redescend bientôt à la normale et y reste, tandis que l'exanthème s'étend à tout le corps et parcourt ses phases successives. Parfois elle s'élève d'un demi à un degré sans jamais atteindre une plus grande hauteur et regagne très-rapidement son cours physiologique dès que l'éruption a disparu. La défervescence lytique se rencontre très-rarement.

Il faut reconnaître, du reste, que le cycle thermique est très-variable dans la roséole: tantôt, en effet, la température reste normale pendant tout le cours de la maladie; d'autres fois, après une élévation initiale rapide, survient une défervescence brusque ou légèrement lytique; d'autres fois, enfin, la défervescence se montre avant la fin de l'éruption, et cette diversité même ne peut-elle pas être imputable soit à l'idiosyncrasie des jeunes sujets, soit aux influences de toute nature auxquelles ils sont exposés?

En fait, le caractère thermique distinctif entre la roséole et la rougeole est le suivant : dans la première, en supposant qu'il y ait une élévation thermique, son maximum se montrera après le début de l'éruption, qui est elle-même très-précoce, tandis que la rougeole régulière se distinguera par une fièvre initiale précédant l'éruption et par une élévation maxima au moment où l'exanthème atteint son acmé. L'auteur rapporte ensuite cinq observations de roséole survenue chez des enfants de 3 à 6 ans et qui reproduisent fidèlement le tableau que nous venons de tracer; il termine son travail par la relation d'un cas survenu chez une femme de trente-cinq ans, le seul du reste qu'il ait eu occasion d'observer chez l'adulte pendant cette épidémie. Sauf quelques particularités relatives au mouvement fébrile et à la confluence de l'exanthème, ce cas ne différait guère des observations précédentes de roséole infantile.

LABADIE-LAGRAVE.

Deux cas d'invagination intestinale chez les enfants, par le docteur Maximilien HERZ de Vienne. *(Œster. Jahrb. Pœdiatrik h. von prof. RITKER VON RITTEKSHAIN und doct. Max. HERZ. t. I. sept.* 1872.)

Le docteur Pilz (de Stettin) a publié récemment (*Jahrbuch für Kinderheilkunde und phys. Erziehung*, III. Jahrg. I. Heft. 1869. p. 6-28. — *Œsterr. Jahrb. für Pœdiatrik*, I. Bd. 1871.) un important travail sur l'invagination intestinale chez les nouveaux-nés auquel le mémoire que nous analysons ici peut servir d'utile complément.—Nous résumerons donc sommairement les deux observations qu'il renferme ainsi que les réflexions dont l'auteur les fait suivre.

Obs. I. — Caroline Sch., âgée de six mois, de parents sains, nourrie au sein par sa mère, jouissait d'une santé parfaite et n'avait eu jusqu'à ce moment ni diarrhée ni constipation. Au moment où je vis la petite malade, elle toussait un peu depuis quelques jours; mais cette bronchite légère céda à l'administration d'une faible dose de sirop d'ipéca.

Deux jours après avoir cessé mes visites (30 octobre), je fus de nouveau appelé auprès de l'enfant, et la mère me raconta que sa petite-fille avait été réveillée brusquement dans la nuit, vers deux heures, par d'atroces coliques suivies d'une selle de consistance normale, mais légèrement sanguinolente. Puis l'enfant s'était rendormie jusqu'au lendemain et avait pris le sein à son réveil comme d'habitude. Vers neuf heures du matin, nouvelles douleurs, coliques violentes suivies d'abondantes évacuations alvines; mais celles-ci étaient presque exclusivement constituées par du sang pur contenant d'épais lambeaux membraneux et des glaires. Elle eut encore trois selles semblables jusqu'au moment (onze heures) où je la vis. Elle vomit, en outre, le lait qu'elle venait de prendre.

A mon entrée, je fus frappé de l'aspect de la petite malade, qui semblait complétement défigurée. Ses traits exprimaient la souffrance; son pouls était petit, faible, mais sans accélération notable. Je me demandai d'abord si je n'avais pas affaire à une hémorrhagie interne; mais le ventre était souple, sans météorisme ni douleur à la palpation. J'ordonnai de petits fragments de glace à l'intérieur et une potion glacée d'eau de Seltz additionnée d'eau de chaux et de sirop diacode à prendre par petites cuillerées toutes les heures, des compresses froides sur le ventre et des lavements froids.

L'état de l'enfant ne fut pas notablement modifié : elle continua à vomir le lait sitôt après avoir tété. Le pouls était sensiblement accéléré.

Le lendemain matin (31 octobre), même état. L'enfant avait eu encore deux selles muco-sanguinolentes accompagnées de vives douleurs abdominales. Le ventre n'était ni ballonné ni douloureux à la pression. Dans la journée, je revis la petite malade avec le docteur Politzer, appelé en consultation, et nous constatâmes immédiatement au-dessus de l'épine iliaque antérieure gauche, sur le trajet d'une ligne tirée de la partie moyenne du ligament de Poupart en arrière, un cordon dur, de deux pouces de long, renflé à sa partie moyenne et terminé en pointe à ses deux extrémités. Le toucher rectal combiné à la palpation abdominale ne put donner aucune indication sur le siége et la nature de l'étranglement.

Ayant admis l'existence d'une invagination sur le trajet du colon descendant, nous injectâmes une grande quantité d'eau par le rectum. Mais cette douche ascendante resta sans effet; c'est alors que nous eûmes recours à une insufflation gazeuse à l'aide d'une vessie remplie d'air; mais ce dernier moyen fut aussi infructueux que le premier.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, l'état de la petite malade ne s'était pas amendé. Les vomissements étaient devenus bilieux.

Le 1er novembre, le facies était plus altéré, les traits tirés, les yeux caves et sans expression, la peau chaude, le pouls fréquent. Les vomissements étaient très-fréquents, et l'enfant rejetait le lait ou les boissons aussitôt qu'elle les avait pris.

C'est alors que le professeur Weinlechner fut appelé auprès de l'enfant; tous les moyens précédents étant restés sans effet, l'opération fut proposée aux parents et présentée comme la seule et unique ressource.

Elle fut pratiquée le 29 novembre, à huit heures du matin, en ma présence, par le professeur Weinlechner, avec l'aide des docteurs Eisenschitz et Oirnhofer.

L'enfant ne fut pas soumise aux inhalations de chloroforme.

La paroi abdominale fut incisée dans la région où la tumeur était le plus saillante et le plus manifeste, c'est-à-dire en dedans du muscle grand droit de l'abdomen. Le péritoine fut ouvert sur la sonde cannelée, et il s'écoula aussitôt une petite quantité de sérosité claire et légèrement rougeâtre; l'intestin grêle vint aussitôt faire saillie à travers les lèvres de l'incision. Après l'avoir refoulé dans la cavité abdominale, l'opérateur alla à la recherche de la partie invaginée; elle avait trois pouces de long et deux travers de doigt environ de large. L'invagination siégeait sur l'arc gauche du colon, c'est-à-dire au niveau du point de jonction du colon transverse et du colon descendant, et l'on apercevait nettement l'iléon s'invaginant dans ce dernier. Après avoir, à grand' peine, rétabli la continuité de l'intestin et fait disparaître l'invagination, la plaie fut réunie à l'aide de douze points de suture. On appliqua des compresses froides sur le ventre en ayant soin de les renouveler incessamment.

Deux heures après l'opération, la tympanite survint, la fièvre s'alluma; l'abdomen était chaud et tendu, le pouls petit, faible et fréquent. Quatre heures plus tard, l'enfant succombait dans les convulsions, après avoir eu une selle demi-solide et de coloration normale.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite complétement; mais, sur mes instances, les parents me permirent d'examiner certaines parties. C'est ainsi que je pus constater l'existence d'une péritonite intense, avec fausses membranes et adhérences solides de quelques points de l'intestin au feuillet pariétal du péritoine.

Obs. II. — Ottilie L..., âgée de sept mois, allaitée pendant six mois par une nourrice robuste et forte, sevrée depuis un mois sans avoir subi la moindre altération dans sa santé.

Le 12 janvier, cette enfant fut prise de fièvre et de vomissements qui se répétèrent cinq ou six fois dans la journée. Le docteur Freedmann, appelé auprès de la petite malade, la trouva très-faible, sans toutefois constater d'amaigrissement notable. Le pouls était accéléré (120 par minute), la respiration irrégulière et fréquente.

Le second jour, nouveaux vomissements de plus en plus fréquents, somnolence, constipation opiniâtre. Le ventre était mou; c'est alors que je vis la malade avec le docteur Politzer, et les résultats négatifs fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine, joints à l'intégrité apparente des viscères abdominaux, nous firent plutôt penser au début d'une méningite. Aussi le sulfate de quinine ordonné la veille fut associé à l'iodure de potassium dans le traitement.

Les deux jours suivants, même état : vomissements incessants de mucosités jaunâtres; pas de selles malgré les lavements; affaiblissement extrême.

Le cinquième jour, émission spontanée par l'anus de mucosités sanguinolentes, météorisme considérable, abdomen sensible, pas de tumeur appré-

ciable à la palpation. Insufflation de gaz par le rectum sans le moindre effet, applications froides sur le ventre.

Le sixième jour, abdomen sensible et très-fortement ballonné, prostration extrême. Je sentis du côté droit du ventre une certaine rénitence, mais le toucher rectal ne put me fournir aucune indication.

Le septième jour, convulsions, mort.

L'autopsie ne put pas être faite.

Malgré le triste résultat de l'opération tentée dans le premier cas, M. Herz cherche à établir que la gastrotomie (la paratomie) peut être indiquée dans quelques circonstances et que l'on doit y recourir lorsque les moyens médicaux sont restés sans effet. Or, en consultant les annales de la chirurgie enfantile on ne trouve guère d'encouragement dans les infructueuses tentatives entreprises par Pilz, Gerson et Spencer Wells ; car, sur les quatre enfants qui subirent cette opération, tous succombèrent, et le cas rapporté par Herz n'est qu'un cinquième insuccès à ajouter à cette liste nécrologique. Doit-on pour cela exclure cette opération radicale de la pratique et s'en tenir aux moyens médicaux, tels que : lavements répétés, douches ascendantes ou insufflations gazeuses par le rectum ? La seconde observation de Herz, suffit à démontrer leur inanité dans bien des cas. Aussi, sans repousser formellement ces divers moyens de traitement, croyons-nous que l'auteur de cet intéressant mémoire aurait trouvé dans la pratique française quelques procédés nouveaux qui auraient pu sans doute être applicables en pareil cas et auraient été peut-être plus fructueux et assurément moins funestes.

LABADIE-LAGRAVE.

Casuistische Mittheilungen aus dem Franz Joseph's Kinderspitals in Prag, von Dr A. WRANY und Th. NEUREUTTER. Hemiplegie und Cephalie mit Hemichoria in Folge von Endocarditis (Hémiplégie et céphalie avec hémichorée à la suite d'une endocardite), par le Dr A. WRANY. (*Œster. Jahrb. für Pædiatrik*, 1872, *I. Band.* — *Wien.*)

Observation. — W. S..., garçon de neuf ans, entré le 19 octobre 1871 à l'hôpital François-Joseph de Prague, père syphilitique, avait eu, dans ses antécédents, une fièvre intermittente et la rougeole.

Depuis un an, ses parents avaient remarqué chez lui quelques mouvements spasmodiques qu'ils prirent pour un tic.

Seize jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant fut pris de fièvre dans la nuit; vers deux heures du matin, attaque d'apoplexie avec perte de connaissance qui dura trois jours, et fut suivie d'une hémiplégie complète du côté droit avec aphasie. L'enfant ne pouvait proférer une seule parole, quoiqu'il entendît et comprît à merveille. Bientôt apparurent dans le côté gauche des mouvements choréiformes très-accentués, tandis que l'hémiplégie restait complète dans tout le côté droit. La sensibilité cutanée était très-émoussée à droite et notablement accrue à gauche.

Petite eschare commençante au niveau du grand trochanter droit. Les

pupilles étaient également dilatées, mais sensibles encore à l'impression de la lumière. La langue conservait l'intégrité de tous ses mouvements. Le malade entendait, voyait et comprenait tout; mais il lui était impossible de proférer la moindre parole.

Râles sibilants dans les deux poumons. Augmentation de la matité précordiale. Souffle léger au premier temps correspondant à l'orifice mitral. Abdomen déprimé. Appétit conservé. Incontinence d'urine. Évacuations alvines involontaires. Pas de fièvre. Nuit agitée.

Du 21 au 25 octobre. — Les mouvements choréiformes du côté gauche ont diminué d'intensité tout en conservant leur caractère. L'enfant est plus calme; les contractions du cœur ralenties; le souffle mitral plus accusé. Les deux extrémités du côté droit sont légèrement œdématiées; le pouls à peine perceptible à droite; fièvre vespérale modérée.

25 octobre. — L'enfant est triste, abattu; la nuit dernière a été moins bonne que les précédentes.

26 octobre. — Cris inarticulés pendant toute la nuit. Dans la matinée, vive rougeur des pommettes. Dans l'après-midi, grande agitation. Irritabilité croissante. Appétit conservé.

29 octobre. — A gauche, les mouvements choréiformes et les soubresauts des tendons empêchent de sentir le pouls. La vessie est énormément distendue et se vide à la fin spontanément. Appétit diminué.

30 octobre. — Nuit très-agitée. Double souffle mitral. Toux intense. Amaigrissement notable.

1er novembre. — Insomnie. Appétit médiocre. Soif vive. Selles diarrhéiques. Diurèse abondante.

2 novembre. — Agitation croissante dans la soirée et dans la nuit. Les mouvements choréiques ont cessé dans le côté gauche. Le souffle au cœur est plus intense. Écoulement abondant par le conduit auditif du côté droit. Diarrhée profuse.

7 novembre. — L'appétit diminue. Les selles sont tantôt liquides, tantôt solides. Les membres du côté gauche ne sont plus agités de mouvements choréiformes; mais la motilité volontaire est cependant encore un peu désordonnée.

8 novembre. — Le malade est prostré et semble ne pas reconnaître les personnes qui l'entourent. Appétit nul. Soif vive. Pouls petit et très-fréquent. Respiration difficile. Vers six heures du soir, dyspnée intense, contractions cardiaques irrégulières et tumultueuses.

Une heure après, l'enfant, qui jusque-là n'avait proféré aucune parole, s'écrie subitement : « Mère, donne-moi!....» et, à huit heures trois quarts, il succombait dans un état d'agitation excessive.

L'*autopsie* faite le 10 novembre fit constater les lésions suivantes :

Thrombose pariétale au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, consécutive à une endocardite.

Dégénérescence graisseuse du cœur.

Ramollissement nécrobiotique de l'insula de Reil et du noyau lenticulaire, produit par une embolie de l'artère sylvienne gauche.

Infarctus des reins et de la rate. — Érosions hémorrhagiques de l'estomac. — Catarrhe intestinal. — Adhérences pleurales. — Pneumonie lobulaire du lobe supérieur droit. — Œdème pulmonaire.

Le docteur A. Wrany, après avoir relaté cette intéressante observation, insiste sur la coïncidence de l'endocardite et de la chorée, déjà signalée antérieurement, tant par les auteurs anglais que par les médecins français (Begbie, Watson, Todd, Sée, Botrel, Roger etc.). Ces derniers considèrent ces deux maladies comme des ma-

nifestations communes de la diathèse rhumatismale dont elles ne sont que l'expression; tandis que J. Hughlings Jackson (*Med. Times and Gaz.*, 1869, 6 mars), et, avant lui, Broadbent ne voient dans la chorée qu'un simple résultat de l'affection valvulaire. La première ne serait, à leurs yeux, qu'un symptôme de lésions emboliques du corps strié et des couches optiques. Sans entrer plus avant dans cette discussion, nous noterons cependant que le cas du docteur Wrany semblerait appuyer cette dernière opinion. Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de ce fait, celui de Gray (*Méd. Times and Gaz.*, 1870, oct., p. 423), qui a trait à un choréique à la nécropsie duquel on trouva un ramollissement cérébral consécutif à une double embolie des artères cérébrales moyennes. Quant à l'aphasie qui s'était montrée, dès le début, chez son malade, Wrany fait remarquer que le siége de la lésion constatée, dans ce cas, semble contredire formellement la théorie peut-être trop exclusive du professeur Broca (qui localise la faculté du langage articulé dans la partie postérieure de la troisième circonvolution du lobe frontal gauche), et paraît confirmer l'opinion récemment émise par Sander (*Arch. für Psychiatrie*, T. II., p. 44). D'après cet auteur, en effet, l'aphasie se montrerait toutes les fois que l'épanouissement de l'insula de Reil (couronne rayonnante, gyri radiati) et les parties sous-jacentes et, en particulier, la portion la plus extérieure du noyau lenticulaire, seraient lésés.

Ainsi donc, selon Wrany, l'aphasie avec hémiplégie concomitante permettrait en clinique d'induire l'existence d'une lésion occupant le noyau lenticulaire.

Relativement à la date de l'endocardite, Wrany fait observer qu'elle a dû se développer très-peu de temps avant les accidents emboliques, car, en premier lieu, d'après les commémoratifs, il n'avait été noté aucune maladie antérieure, à laquelle on pût rattacher l'affection cardiaque et, d'autre part, les caractères des infarctus viscéraux témoignaient de leur origine récente.

La mort, dans ce cas, paraît avoir été déterminée par la formation d'un caillot fibrineux, produit lui-même par l'affaiblissement de la contractilité du cœur résultant de la dégénérescence granulo-graisseuse de ces fibres. LABADIE-LAGRAVE.

Das Chloralhydrat in der Kinderpraxis (De l'emploi de l'hydrate de chloral dans la thérapeutique infantile), par le prof. STEINER. *(Jahrbuch für Kinderheilkunde etc... Neue Folge, V. Jahrgang, 4 Heft. Ch. XXIII, p. 392, 401, 1872.)*

Steiner, après avoir administré l'hydrate de chloral tant à l'hôpital de François-Joseph (de Vienne) que dans sa pratique privée,

expose dans cet article le résultat de ses recherches. Il a employé ce médicament dans la coqueluche, la chorée, les convulsions, l'épilepsie et le tétanos, à doses variables suivant l'âge des sujets:

Chez les nouveau-nés, à la dose de $^1/_2$ à 1 grain ($0^{gr},025$ à $0^{gr},05$). Chez les enfants en bas âge, de 1 à 3 grains (5^{cgr}. à 15^{cgr}). Jusqu'à l'âge de 6 ans, de 4 à 6 grains (20 à 30^{cgr}) ; de 8 à 12 ans, 15 grains (75^{cgr}). Il avait soin de l'administrer sous forme liquide, en une ou en plusieurs fois, dans les 24 heures, en commençant par de très-faibles doses.

1° — *Coqueluche*. 22 enfants soumis au traitement,— le plus jeune âgé de 6 mois, le plus âgé de 9 ans. Chez la plupart de ces malades, le médicament fut administré dès le début de la période convulsive. Sur les 22 malades, 4 morts (1 à l'hôpital 3 en ville). Steiner conclut, d'après le relevé de ses observations, que le médicament reste sans effet sur la marche et la durée de la maladie, et qu'il ne modifie en rien, ni l'intensité ni le nombre des quintes ; il est aussi impuissant à prévenir ou à combattre les complications de la coqueluche. Ces recherches, comme on le voit, ne concordent pas avec celles de Ferrand, de Walter Ridgen, de Lorey, etc., qui prétendent avoir obtenu de bons résultats de cette médication. Steiner considère avec Mouté l'hypersécrétion bronchique, la dyspnée et la cyanose comme des contre-indications formelles à l'emploi du chloral.

2° — *Chorée*. 10 enfants traités (6 à l'hôpital, 4 en ville). Chloral administré 2 fois par jour à dose progressive. Chez 3 enfants, la maladie était à son début, chez les autres, elle avait déjà duré 2, 3 et plusieurs semaines. Dans trois cas : rhumatisme antécédent et affection cardiaque concomitante. Dans ces dix cas, Steiner n'obtint aucun résultat bien favorable : l'agitation musculaire fut à peine apaisée. La durée de la maladie n'en fut pas raccourcie (8,10 et 12 semaines). Dans un cas, même, le chloral exaspéra à tel point les mouvements choréiques, que l'auteur avance lui-même n'avoir pas osé, depuis cette époque, recourir à l'emploi de cet agent. Il a soin d'ajouter en terminant qu'il ne prétend pas faire passer ses expériences comme décisives et concluantes, et nous sommes d'autant plus disposé à accepter les restrictions de Steiner que ses premières tentatives sont peu conformes aux heureux effets que MM. Bouchut, Briesse et Russel ont retiré de cet agent.

3° — *Convulsions*. 14 malades soumis au traitement par le chloral (tous traités en ville). Les convulsions paraissaient liées à des lésions diverses, mais toutes graves (congestion cérébrale, méningites purulente et tuberculeuse, urémie, hydrocéphalie chronique). Le plus jeune des enfants avait 12 semaines, le plus âgé, 13 ans. Dans presque tous ces cas, le chloral produisit un effet sédatif indéniable, sans toutefois prévenir le retour des accès comme Mouté semble l'avancer dans son travail. D'après ce dernier auteur, l'emploi du chloral doit être proscrit, toutes les fois que la muqueuse bronchique, le

poumon ou le cœur sont intéressés, et il doit être administré avec une extrême prudence chez les enfants anémiques ou débilités.

Steiner adopte les préceptes formulés par Mouté, et considère le chloral comme un auxiliaire utile dans le traitement.

4°— *Épilepsie.* Il est bien entendu que, dans cette maladie, les effets du chloral ne peuvent être que palliatifs. 6 enfants furent soumis à ce traitement (accès datant de plusieurs années, d'une fréquence et d'une intensité extrême ; plusieurs médications antérieures restées infructueuses). Le chloral fut administré aux doses progressives de 32 à 40 grains. (1gr,50 à 2gr) par jour, de 2 à 4 fois en 24 heures. Après avoir rapporté l'observation d'un jeune épileptique de 12 ans dont les accès furent notablement amendés par l'emploi du chloral, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : le chloral n'est applicable comme moyen palliatif, selon lui, que dans les cas où la maladie reconnaît pour origine des lésions du système nerveux central et où les paroxysmes se présentent avec une fréquence et une intensité excessives ; et même, en pareil cas, ne faudra-t-il pas en prolonger indéfiniment l'emploi sans interruption.

5° — *Tétanos et trismus.* 8 nouveau-nés (3 observés à la consultation de l'hôpital François-Joseph, 5 en ville). Steiner a administré le chloral de 2 façons: chez 5 enfants, à la dose de 1 grain (5cgr) répétée à chaque retour des excès spasmodiques (ce qui arriva dans certains cas 8 à 10 fois en 24 heures). Chez les 3 autres petits malades, le chloral fut administré à plus hautes doses : 4 à 6 grains (20 à 30cgr), une ou deux fois par jour. Quand le trismus rendait l'ingestion du médicament impossible, Steiner l'administrait par la voie rectale.

Le résultat fut le même pour tous et pour tous aussi fatal. La mort survint chez 3 enfants en 48 heures, chez les autres au bout de 3, 4 ou 5 jours. On comprend aisément qu'après de tels résultats, l'auteur ne puisse attribuer au chloral une action bien favorable sur le tétanos des nouveau-nés. Il ne se laisse pas néanmoins décourager par ces premières et infructueuses tentatives et se propose de poursuivre ses recherches, espérant arriver à des résultats plus favorables. LABADIE-LAGRAVE.

Des fistules urinaires ombilicales qui se produisent par l'ouraque resté ou redevenu perméable, par GRUGET. *(Thèse de Paris,* 1872.)

L'auteur s'est d'abord proposé d'étudier les modifications successives de l'ouraque aux différents âges ; à cet effet, il relate les résultats de 82 nécropsies pratiquées presque toutes à l'hospice des Enfants-Assistés. L'état de l'ouraque a pu être constaté sur des fœtus de 5 à 8 mois, et sur des enfants de 1 jour à quatre ans et demi. Dans cette statistique, l'ouraque n'a été trouvé évidemment perméable que chez un embryon de 2 mois et demi et chez

un fœtus de 5 mois. A part ces deux cas, il n'existait aucun vestige de canal dans les ouraques examinés avec le plus grand soin, même chez d'autres fœtus de 5 mois. M. Gruget en conclut que l'oblitération du canal de l'ouraque se fait plus tôt qu'on ne le croit généralement, et que vers 5 mois de conception cette oblitération est déjà faite, sinon complétement, du moins en partie. De plus, les vestiges de l'ouraque s'effacent rapidement à mesure que l'individu avance en âge. Bien que les statistiques à l'hospice des Enfants-Assistés ne portent point sur un nombre de faits très-considérable, on est cependant en droit de penser que les cas dans lesquels le canal de l'ouraque persiste sont excessivement rares.

Est-il possible d'admettre que l'ouraque une fois oblitéré redevienne perméable ? L'auteur, s'appuyant sur diverses considérations anatomiques, repousse formellement cette opinion qui, après tout, n'est qu'une hypothèse purement gratuite. Comme conclusion bien naturelle des faits précédents, M. Gruget regarde les fistules urinaires ombilicales, causées par la persistance du canal de l'ouraque, comme une affection nécessairement rare et extraordinaire.

Ces fistules sont divisées par lui en 3 sections :

1 *section*. Fistules congénitales dues à la persistance du canal de l'ouraque chez des sujets n'étant affectés d'aucun vice de conformation des organes génito-urinaires.

2e *section*. Les fistules qu'elle contient se distinguent de celles qui précèdent, parce qu'il existe ici un vice de conformation des organes génito-urinaires qui empêche l'urine de s'écouler au dehors par les voies naturelles. — Elles sont, comme les premières, congénitales.

3e *section*. Fistules survenant plus ou moins longtemps après la naissance, à la suite d'un obstacle au cours de l'urine, par l'ouraque resté perméable.

L'examen rigoureux des diverses observations existant dans la science et appartenant aux deux premières sections, ont porté M. Gruget à attribuer ces fistules urinaires ombilicales à un arrêt de développement de la totalité ou d'une partie de l'ouraque.

Quant à la troisième section, les faits rassemblés par l'auteur sont rien moins que probants. Telle est, par exemple, l'observation de M. Bourgeois publiée dans le *Journal général de Médecine* de 1821, tome LXXVI, page 219.

Il s'agit d'un jeune militaire âgé de 20 ans, qui présenta d'abord une rétention d'urine ; puis, quelques jours après, au niveau de l'ombilic une tumeur rouge, molle et fluctuante. Celle-ci ayant été incisée, il se produisit une fistule urinaire. M Bourgeois assigna comme cause de cette affection une non-oblitération du canal de l'ouraque. — Or, cette interprétation semble fautive à M. Gruget, qui admet simplement un kyste urineux développé dans le tissu cellulaire sous-péritonial et ouvert à l'ombilic. Ceci démontre combien

il est nécessaire de procéder à un examen minutieux et raisonné du malade, lorsqu'on veut diagnostiquer sûrement une fistule urinaire ombilicale causée par la perméabilité du canal de l'ouraque.

Cette affection est généralement curable ; le traitement en est même fort simple :

S'il existe un obstacle aux voies urinaires, on commencera par rétablir le cours naturel des urines par les moyens appropriés. Cela fait, on songera seulement à détruire la tumeur ombilicale et à amener l'oblitération de la fistule. Trois moyens ont été proposés dans ce but : 1° La *compression ;* celle-ci reste généralement inefficace. 2° La *cautérisation;* ce mode de traitement compte des guérisons; mais, comme les caustiques doivent être employés avec la plus grande prudence, ses résultats sont lents et peu marqués ; 3° La *ligature ;* cette méthode a donné le plus de succès. M. Guéniot l'a employée récemment avec des résultats excellents chez un enfant de 10 mois et demi, dont il a publié l'observation dans le *Bulletin général de Thérapeutique.* La façon de procéder fut la suivante : la tumeur fut étranglée par un fil solide à la limite supérieure de son pédicule ; la striction fut assez modérée pour que l'écoulement d'urine ne fut pas interrompu. Il se forma au niveau du fil une ulcération linéaire superficielle de la peau. Celle-ci fut rendue peu à peu très-profonde par des fils de plus en plus serrés, appliqués successivement à quelques jours d'intervalle. La section se fit avec lenteur, sans occasionner d'accidents ; la guérison fut assez rapide et complète.

M. Gruget insiste sur les avantages de ce procédé *d'incision lente et progressive par des ligatures peu serrées et répétées.*

Dans les cas de fistules urinaires, non compliquées de tumeur, il recommande d'aviver les bords de la fistule, et de faire une suture avec épingles et fils cirés. L. E. DUPUY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Du poids dans les maladies chez les enfants, par L. THAON. *(Arch. de physiologie 1872, p. 674.)*

Dans la fièvre, les combustions sont augmentées ; le malade doit subir une perte en rapport avec cette suractivité du foyer. Il est donc probable que le poids dans les maladies doit suivre de près la marche de la température, mais en sens inverse. Il s'abaissera quand la température viendra à s'élever.

Partant de cette hypothèse, l'auteur a, pendant quatre mois, pesé ses petits malades tous les matins avant le premier repas et a ainsi tracé la

courbe des poids dans trois maladies différentes : la fièvre typhoïde, la variole et la pneumonie fibrineuse du sommet.

Dans la fièvre typhoïde le poids augmente dans les deux premiers jours ; mais cette augmentation est, d'après l'auteur, corrélative à ce fait que les urines sont rares à cette période où la soif est vive, et les boissons absorbées en grande quantité. Si l'on joint à cela une constipation qui est presque toujours la règle, le phénomène précité n'a plus besoin, pour ainsi dire, d'explication.

Vers le quatrième et le cinquième jour, le poids diminue considérablement, en même temps que l'inappétence se prononce et que la diarrhée s'établit. La période d'état bien établie, le poids reste longtemps stationnaire.

Dans la *défervescence*, pendant que la fièvre tombe et que le malade recommence à s'alimenter, le poids diminue toujours ; dans un cas, cette diminution a même été considérable (de 2,400 gr. en 4 jours). Cette dénutrition rapide que l'auteur rapporte à diverses causes (éliminations excessives par la peau, le poumon, le rein (?), est en relation avec une augmentation considérable des globules, que Malassez a observée au début de la défervescence dans la dothiénentérie.

Il est rare que, dans *la convalescence*, le poids ne remonte pas immédiatement après que la fièvre est tombée. Dès que le malade se lève, la courbe des poids monte brusquement, les écarts de régime, les rechutes la font descendre de nouveau ou retardent son ascension croissante qui tend vers l'état normal.

Dans la *pneumonie* le poids s'abaisse pendant toute la durée de la fièvre, et cette descente est plus brusque au moment de la défervescence. Cette chute plus rapide de la courbe du poids coïncide avec les flux urinaires abondants caractéristiques de cette période.

Dans *la variole*, le gonflement du tégument coïncide avec une augmentation de poids. Celui-ci diminue quand les pustules se dessèchent et que la diarrhée s'établit. Cette descente de la courbe des poids est brusque.

L'auteur termine par de brèves considérations sur l'engraissement artificiel des malades par l'huile de foie de morue dans les maladies chroniques, et par l'élévation de poids considérable qui coïncide avec la production des œdèmes ; celle-ci fut, dans un cas d'anasarque scarlatineuse, égale à $\frac{1}{50}$ du poids total. J. RENAUT.

Ueber eine omniœse in der Haut sich localisirende Krankheit des kindlichen Alters (Étude sur une affection exanthématique spéciale à l'enfance), par UFFELMANN. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 10e vol. *septembre* 1872.)

L'auteur cherche à séparer de l'érythème noueux une maladie qui offrirait, dans ses déterminations cutanées, la plus grande analogie avec cette affection, mais qui s'en distinguerait par la prédominance des symptômes généraux et ne constituerait plus une simple « dermatite. »

Nous ne reproduirons pas les diverses considérations que l'auteur invoque à l'appui de sa thèse, car personne, en France, que nous sachions, ne considère l'érythème noueux comme une affection purement

locale de la peau. « L'érythème noueux, dit Trousseau (1), dont l'opinion est communément acceptée, est une maladie à part, qui, à côté de ses manifestations locales, présente aussi un ensemble de phénomènes, de symptômes généraux dont il est essentiel de tenir compte, symptômes généraux précédant presque toujours l'apparition de l'éruption érythémateuse et n'étant pas plus sous la dépendance de l'affection locale de la peau, que la fièvre prodromique de la rougeole ou de la variole n'est sous la dépendance de l'éruption qui va se faire. »

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur insiste beaucoup sur ce fait, que la plupart de ses malades étaient d'une constitution débile et issus de parents tuberculeux. On sait de longue date (2) que l'érythème noueux s'observe de préférence chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. H. HALLOPEAU.

Sur les fistules urinaires de l'ombilic dues à la persistance de l'ouraque et du traitement qui leur est applicable, par le docteur GUÉNIOT. *(Bulletin de thérapeutique méd. et chir.*, 15 *et* 30 *octobre* 1872.*)*

Une observation intéressante de perméabilité anormale de l'ouraque avec tumeur muqueuse au niveau de l'ombilic et élargissement de l'anneau ombilical, chez un garçon de dix mois et demi, a fourni à M. Guéniot l'occasion de rechercher les cas analogues qui existent dans la science. Il en a trouvé six observations qu'il reproduit dans son travail. Ces observations appartiennent à Cabrol (1550), J.-L. Petit, Dupuytren, Roux et Paget.

Dans le cas que rapporte M. Guéniot, l'écoulement de l'urine se faisait par l'ombilic en même temps que par la verge, toutes les fois que l'enfant contractait sa vessie pour uriner. Au niveau de l'ombilic existait une tumeur du volume et de l'apparence d'une cerise, avec un pédicule assez large; un très-petit pertuis se voyait au sommet de la tumeur et laissait écouler un liquide qu'on reconnut pour être de l'urine; mais il fut impossible de pénétrer avec un stylet fin dans le canal dont ce pertuis était l'orifice.

M. Guéniot appliqua une première ligature à la base de la tumeur en la serrant modérément; puis, deux jours après, une seconde ligature au même point. Au cinquième jour, il y avait une légère ulcération circulaire; mais l'écoulement persistait. Cautérisation au nitrate d'argent et nouvelle ligature. Une quatrième ligature amena la suppression de l'écoulement et le sphacèle de la tumeur qui fut détachée deux jours après. La plaie se cicatrisa rapidement sous un pansement compressif à l'amadou, et trois semaines après le début du traitement la guérison était complète. E. D.

Casuistische Mittheilungen aus dem Franz Joseph. Kinderspitale in Prag (Observations cliniques prises à l'hôpital des enfants de Prague), Von docteur A. WRANY und docteur Th. NEUREUTTER. *(Œster. Jahrb. f. Pædiatrik. n. t. l.)*

Athérome du crâne.

Kyste dermoïde trouvé à l'autopsie d'une petite fille de six ans, morte de fièvre typhoïde à l'hôpital François-Joseph de Prague. Ce kyste, développé

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1861.

(2) Cazenave, article érythème du dictionnaire en 30 vol. — Hardy, leçons sur les maladies de la peau, 1859.

dans e tissu cellulaire sous-aponévrotique du cuir chevelu, contenait une bouillie épaisse formée de cellules épithéliales agglomérées, de gouttelettes graisseuses et de cristaux de cholestérine. Cette tumeur avait produit par compression une atrophie partielle de la paroi crânienne sur laquelle elle reposait, et la persistance de la grande fontanelle.

L'existence de pareils kystes dans cette région n'est pas très-rare, et les auteurs de cet article signalent 6 cas analogues, rapportés par Prescott Hewett (*St-George's Hospital Reports,* vol. IV, p. 91, 1870). Et par Hueler (*Vischow's und Hirsch's Jahresber*, v. Bd, p. 355).

Dans l'observation de Wrany et de Neureutter, l'origine vraisemblablement congénitable de la tumeur, son siége, au voisinage de la fontanelle, et le rebord osseux circonscrivant sa base firent penser à une hydro-méningocèle. L'absence de troubles cérébraux à la pression de la tumeur aussi bien que de mouvements pulsatifs, auraient pu faire éloigner un tel diagnostic, quoique l'on ait cité des cas d'hydro-méningo et hydrencéphalocèles dans lesquels ces phénomènes faisaient défaut. (Klimentowsky, Dolbeau, Ripoll, Szymanowsky, Pirogoff.)

Dans les cas douteux, le diagnostic peut être éclairé par une ponction exploratrice. A cet égard, les faits publiés par les auteurs suivants offrent un grand intérêt :

Giraldès. (Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne. *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 3.)

Adams et Chassaignac. (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1848-1850, p. 258.)

Talko. (*Virchow's Archiv. fur path. anat.*, Bd. 50, p. 533.)

Quoique ces kystes dermoïdes péricrâniens constituent des tumeurs essentiellement bénignes, leur ablation n'est pas toujours inoffensive; car leur situation même expose le chirurgien à léser le sinus correspondant ou même les méninges avec son bistouri, et dans le cas où l'exerèse est pratiquée sans instrument tranchant on peut redouter encore des complications inflammatoires et, en particulier, une méningite purulente mortelle.

LABADIE-LAGRAVE.

Cas de rage observé sur un enfant de quatre ans, par M. P. ARMAND. (*Lyon médical, 4e année, n° 20, 29 sept. 1872, p. 182.*)

La durée de l'incubation fut de 15 jours, celle de la période d'agitation et de crises, de 6 jours : l'auteur attribue cette dernière durée, un peu plus longue que d'ordinaire à l'emploi du chloral en lavements, à la dose de 2 grammes par lavement. La morsure située à la joue avait été cautérisée rapidement par l'ammoniaque et le chlorure de zinc : l'auteur pense que le sang mêlé à la salive du chien, a pénétré dans la bouche où existaient deux petites ulcérations qui ont pu servir de porte d'entrée au virus.

C. J.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Das allgemeine Kinderhaus in Stockholm (De l'asile général de l'enfance, à Stockholm). Von Professor Ritter. *Œsterreich-Jahrbuch für Pædiatrich, herausg. von Prof.* Ritter *von Rittershain (in Prag) und Max.* Herz *(in Wien). Neue-Folge, Jahrgang.* 1872. *I. Band.* (Vienne.)

Uber Molluscum contagiosum (Sur le molluscum contagieux), par le prof. Retzius (de Stockholm). *Deutsche klinik*, 50, 1871; 2, 4, 6 et 8, 1872.

Gangræna pulmonum bei Kindern (De la gangrène pulmonaire chez les enfants), par Louisa Atkins (de Londres). (*Thèse inaugurale*, Zurich, 1872.)

Das Sterblichkeit der Kinder des ersten Lebensjahres in Berlin, im Jahre 1870, von Dr J. Albu (De la mortalité des nouveau-nés à Berlin pendant l'année 1870). *Œsterreichisches Jahrbuch für Pædiatrik, I Band.* 1872, p. 55-64.

Uber Harnsteine bei Kindern mit Berucksichtigung der aus 192 Steinen bestehenden Sammlung der Pester Armen-Kinderspitals, nach Beobachtungen der dirig. Primararztes, Prof. Joh. Bokai, mitgeheilt von Dr Johann Neupauer, assistent am Kinderspitale in Pest (Sur les calculs urinaires chez les enfants, etc....) *Jahrbuch für Kinderheilkunde, V. Jahrg. 4 heft.* XXII, p. 356-391, 1872.)

Mittheilungen aus der Kinder poliklinik der Universität docenten, Dr A. Monti, section n° 13 der Wiener Allgemeinen Poliklinik. Ein Fall von medullar carcinom der rechten Nieren bei einem 3 1/2 jährigen Kinde, mitgetheilt von Dr Th. Guembel (Cas de cancer médullaire du rein droit chez un enfant âgé de 3 ans 1/2). *Jahrbuch für Kinderheilkunde, etc. Kleine Mittheilungen. V. Jahr. 4 heft.* XXVI, p. 428-434, 1872. (Leipzig.)

Fall einer eitrigen Kniegelenkentzündung (Cas d'arthrite suppurée du genou, par le prof. Adelmann. (*Dorpater med. Zeitschr.*, I, p. 368, 1872.)

Die zellige Verklebung (Scheinbare Verwachsung) der Vorhaut mit der Eichel bei Knaben, in physiologischer und pathologischer Beziehung. Nach eigenen Beobachtungen von prof. Jos. Bokai, dirigirenden Primararzte der Pester Kinderspitale (De l'adhérence celluleuse du prépuce au gland chez les garçons, sous le rapport physiologique et pathologique, d'après des observations personnelles), par le prof. J. Bokai, médecin en chef de l'hôpital des enfants, à Pesth. *Jahrbuch für Kinderheilkunde, V. Jahr.*, ch. III, p. 26, 1872.

Beiträge zur chirurgischen Pädiatrik (Contribution à l'étude des maladies chirurgicales des enfants), par le docteur R. Demme, chef de clinique à l'hôp. des enfants, à Berne. *Jahrbuch für Keinderheilkunde. V. Jahr., ch.* II, *p.* 28, 1872.

Tracheotomie bei diphtheritis (Trachéotomie dans le croup), par le docteur Max Bartels (de Berlin). *Jahrbuch für Kinderheilkunde, etc. V. Jahr., heft* 4, ch. XXIV, p. 402-418, 1872.

Beitrage zur Casuistik der Sogenannten innern Darm-Verschlingungen (Contribution à l'étude des pseudo-étranglements internes), par le docteur

Andreas de Huttenbrenner. (*Jahrbuch fur Kindeirheilkunde. V. Jahr.*, 4 *heft*, ch. xxv, p. 419-427, 1872.)

Observation d'exomphale congénitale volumineuse, par le docteur Duhamel. (*Gazette médic. de Strasbourg*, n° 7, 1er déc. 1872).

Remarks on the progress of helminthology and on Dr Haussmann's, observations respecting tœnia in infants, by T. Spencer Cobbold. (*Brit. med. journal*, 2 novembre 1872.)

Fœtus the subject of encephalocele by M. Times (Fœtus atteint d'encéphalocèle. (*Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XIII, p. 51, 1872.)

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS

ANALYSES.

Ueber die epitheliomartige Form des Lupus an den Extremitæten (Lupus épithéliomateux des extrémités), par W. BUSCH. (*Archiv. für klinische Chirurgie, XVe vol., 1re livraison*, 1872.)

Le lupus, envisagé par Rindfleisch comme formé par des adénomes des glandes sudoripares et sébacées, considéré par Virchow comme un tissu de granulations produit aux dépens du tissu conjonctif et envahissant de la superficie vers les parties profondes, présente une forme épithéliale manifeste, fréquente sur les muqueuses, fréquente aux extrémités, où elle se montre avec des caractères qui la rapprochent de la maladie décrite sous le nom de *Yaws* ou *Frambœsia*.

Tous les sujets atteints de cette affection présentent en quelque autre point du corps la forme ordinaire (à bourgeons) du lupus. — La lésion elle-même siége plutôt sur le côté de l'extension que sur celui de la flexion ; elle consiste en une énorme accumulation d'épiderme corné au-dessus des papilles hypertrophiées. Tantôt cet épithélium corné parait s'opposer au développement du mal, tantôt il est expulsé; la néoplasie épithéliale prend alors des proportions énormes, les saillies papillaires se ramifient, forment de véritables végétations en choux-fleurs; enfin la production d'épithélium peut gagner jusqu'aux tissus sous-jacents, les envahir et les remplacer en partie. Les cellules épithéliales ainsi formées peuvent se réunir en globes épidermiques qui feraient croire à l'existence d'un épithélioma, si l'on n'était averti.

Quand l'affection est limitée, elle peut néanmoins donner lieu à

des mortifications plus ou moins profondes, et la guérison, toujours très-tardive, laisse, vu le siége de la maladie, les fonctions très-compromises par la cicatrice.

Si la maladie gagne en surface on voit survenir un œdéme éléphantiasique par compression des vaisseaux; — aux doigts et aux orteils, les végétations épithéliales produisent une syndactylie acquise et les déformations les plus bizarres.

Jamais les ganglions lymphatiques correspondant à la région ne se prennent. Enfin au point de vue de la marche du pronostic et du traitement, il faut faire remarquer que :

1° La guérison est très-longue à obtenir;

2° Elle ne s'opère sans récidive que si la disposition générale de l'économie qui dispose à la maladie, a disparu ;

3° Le lupus des extrémités ne met pas directement la vie en danger ;

4° Le traitement local consiste en frictions et lotions alcalines, pour enlever l'épiderme corné, et dans l'emploi consécutif des caustiques et des astringents.

PAUL BERGER.

Des altérations des os dans la syphilis héréditaire.

I. Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, par M. J. PARROT. (*Arch. de physiologie, mai-oct.* 1872.)

II. Beitræge zur Kenntniss der hereditæren Knochensyphilis (Contribution à l'étude des altérations des os dans la syphilis héréditaire), par W. WALDEYER et H. KŒBNER. (*Virchow's Archiv, août* 1872, *t. LV, p.* 367-379.)

On considère habituellement les lésions osseuses comme très-rares dans la syphilis congénitale ; les recherches récentes entreprises sur ce sujet, en France et en Allemagne, ont conduit à un résultat inattendu en démontrant qu'elles y sont, au contraire, constantes.

I. — Le travail de M. Parrot fait voir d'abord combien la question est nouvelle puisque, avant les recherches de l'auteur, il n'existait encore sur ce point que quelques renseignements épars :

1° Une observation de Valleix (soc. an., 1834) sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né; 2° Un fait de M. Guéniot (gaz. des hôpit., 9 février 1869) qui, sans aucun doute, se rattache à la syphilis ; il a pour titre : ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, avec décollement des cartilages épiphysaires, chez un enfant nouveau-né; 3° Une observation de M. Ranvier,

(soc. de biologie, 1864, et gaz. méd., p. 596) : syphilis congénitale, périhépatite syphilitique, gommes du foie et décollement des épiphyses; 4° Enfin, quelques faits de lésions osseuses chez les nouveau-nés, ont été cités comme des raretés par quelques autres auteurs, entre autres par M. A. Fournier (Bull. de la soc. médicale des hôpitaux, 1865, p. 51).

Pendant que M. Parrot accomplissait ses recherches, il paraissait, en Allemagne, un travail de G. Wegner sur les lésions osseuses causées par la syphilis héréditaire chez les jeunes enfants (Virchow's Arch., 1870, an. dans arch. de méd. 1872, p. 345). La présente étude est la confirmation et le complément de ce dernier mémoire. Voici les points principaux qu'elle met en lumière :

Tous les avortons et les nouveau-nés infectés par la syphilis présentent une lésion des os qui n'existe jamais chez les enfants non syphilitiques.

L'altération porte particulièrement sur les os longs. Le périoste est rouge, tuméfié, et il entraîne avec lui, lorsqu'on l'arrache, quelques lambeaux osseux qui appartiennent à une couche de nouvelle formation, friable, contenue ou disposée par îlots, et qui, très-mince au niveau de la diaphyse, atteint souvent plus de 2 millimètres près de l'épiphyse. Sur une coupe de l'os on trouve des altérations des extrémités; ces lésions portent à la fois sur la diaphyse et l'épiphyse.

La couche chondroïde est de 2 à 4 fois plus épaisse qu'à l'état normal; transparente et molle, elle offre une consistance qui rappelle celle du cristallin ou même du corps vitré; aussi forme-t-elle parfois une sorte de bourrelet.

La couche chondro-calcaire, également épaissie et friable, est grise, blanchâtre, d'un aspect crayeux; sa ligne de démarcation est onduleuse ou dentelée. Dans le tissu spongieux voisin, dans une hauteur maximum de 15 à 20 millimètres, on voit des changements de coloration très-divers qui produisent des surfaces grisâtres, avec des taches d'un rose plus ou moins foncé et d'autres blanchâtres ou jaune-chamois.

Déjà, à ce degré d'altération, l'épiphyse adhère moins fortement à la diaphyse. Les lésions plus avancées déterminent un décollement épiphysaire plus ou moins complet.

Elles consistent en une sorte de ramollissement gélatiniforme du tissu spongieux surtout, ou dans la formation d'espaces irréguliers, anfractueux, contenant une matière puriforme et des débris osseux.

La brisure de l'os qui résulte de ce travail morbide se fait en un point de l'extrémité diaphysaire assez rapproché de la ligne chondro-osseuse. Les deux parties de l'os, unies seulement par leur enveloppe fibreuse, jouent alors l'une sur l'autre; de plus, les articulations, le tissu cellulaire et les muscles s'enflamment, suppurent et déterminent un gonflement périarticulaire caractéristique.

Au microscope, on constate que les anomalies d'aspect de la couche chondroïde répondent à la multiplication exagérée et à l'hypertrophie des cellules cartilagineuses, tandis que la substance fondamentale disparaît. Dans la couche chondro-calcaire on trouve : état anémique, surabondance de sels minéraux et présence d'une certaine quantité de graisse. Les points gélatiniformes du tissu spongieux sont formés par des éléments de tissu conjonctif et des éléments plus ou moins altérés de la moelle osseuse. Dans la substance puriforme, il n'y a point de leucocytes, mais des éléments altérés de la moelle; cependant on peut observer consécutivement une suppuration des os malades et des parties voisines.

Wegner fait du processus qui produit ces altérations une variété d'inflammation (d'ostéo-chondrite) avec dégénérescence. M. Parrot, après avoir montré combien on abuse, en général, du terme inflammation, appelle provisoirement l'ensemble de ces lésions *dystrophie syphilitique des os.*

Tout le squelette n'est pas atteint; les os longs le sont d'une manière constante et les plus volumineux sont les plus malades. Les lésions intra-osseuses se rencontrent dans tous les cas, les périphériques sont relativement peu communes.

Les observations de l'auteur ont porté sur des fœtus et sur des enfants n'ayant pas dépassé deux mois.

Quand les enfants sont plus âgés, les altérations se rapprochent de celles du rachitisme et se confondent avec elles.

Les lésions osseuses syphilitiques ne produisent des symptômes propres que dans les cas où il existe un décollement épiphysaire. L'auteur en rapporte deux observations qui, rapprochées de celles antérieurement connues, lui permettent de tracer un tableau clinique succinct.

L'état des membres est comparable à celui que détermine une fracture ou bien encore le rhumatisme articulaire aigu. C'est une inertie plus ou moins complète, absolue dans quelques cas. Les membres thoraciques sont habituellement appliqués le long du tronc et en pronation. Les pelviens sont allongés et, quand on soulève l'enfant, ils pendent et oscillent à toutes les secousses. Le nombre des parties atteintes est variable; il n'est pas rare de constater une inertie des quatre membres. Certaines attitudes anomales peuvent être dues à la production d'abcès, au voisinage des articulations. Dans un cas, on a pu obtenir de la crépitation en imprimant des mouvements en sens inverse à l'épiphyse et à la diaphyse d'un même os.

A cette cause d'inertie, il faut encore joindre la douleur que provoquent les contractions musculaires, surtout lorsqu'il existe des abcès.

Il y a, en résumé, dans ces cas, une sorte d'impuissance des

membres qui, tout en simulant une paralysie, est le résultat du décollement des épiphyses.

II. Waldeyer et Kôbner sont arrivés, de leur côté, à des résultats fort analogues à ceux qui ont été établis par M. Parrot et par G. Wegner.

Leurs conclusions ont pour base 12 autopsies d'enfants dont le plus âgé avait atteint 3 mois.

Ils divisent les lésions en *accidentelles* et *constantes*.

Les premières ont consisté en : 1° périostite gommeuse interne des os frontaux ; 2° granulations de grosseur variable sur le périoste externe du crâne ; 3° induration et épaississement de la dure-mère, qui adhérait fortement au crâne.

Les lésions constantes, quelquefois peu marquées à l'œil nu, n'échappent jamais à l'examen microscopique.

Elles portent sur les cartilages, et les épiphyses et sont représentées par une multiplication des cellules cartilagineuses, et des modifications du tissu médullaire. Les éléments normaux de la moelle des os sont remplacés par de petits éléments à angles arrondis, fusiformes, rattachés les uns aux autres par des prolongements.

Lorsqu'il y a décollement de l'épiphyse, on trouve entre elle et la diaphyse un tissu mou, gélatineux, vascularisé, mais jamais de pus.

Contrairement à ce qui a été vu par Wegner, les auteurs ont trouvé dans la couche spongoïde (de Guérin) une quantité de vaisseaux aussi abondants qu'à l'état normal.

Dans le tissu osseux malade, la plus grande partie des ostéoplastes sont convertis en amas de granulations ou en éléments fusiformes allongés.

La périostite ossifiante décrite par Wegner n'apparaissait qu'à une période relativement avancée.

De même que M. Parrot, W. et K. trouvent qu'en l'absence de pus, il serait prématuré de ranger cette altération parmi les inflammations.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux, par M. CH. MAURIAC. *Paris*, 1872.

La syphilis est une maladie générale qui frappe d'emblée tous les systèmes ; la division en accidents primaire, secondaire et tertiaire est arbitraire. Telle est l'idée que M. Mauriac a essayé de développer dans ce mémoire.

Le travail est divisé en trois parties : affections précoces du péricrâne, affections précoces chondro-sternales, affections précoces du tibia, du cubitus, etc.

I. — *Déterminations précoces de la syphilis sur le péricrâne.*

Obs. I. — Début des accidents primitifs caractérisés par une adénopathie inguinale double; huit jours après, apparition d'un chancre infectant; au vingtième jour, bosses frontales périostiques; puis roséole et accidents secondaires cutanés et muqueux.

Obs. II. — Chancre; roséole érythémateuse, tubercule dur de la face dorsale de la langue, plaques de la joue, bosse du pariétal gauche. Tous ces accidents existaient simultanément.

Obs. III. — Périostite péricrânienne de la tempe droite; quelque temps après syphilide papulo-squameuse, puis laryngopathie.

Obs. IV. — Chancres infectants multiples : trois sur la lèvre inférieure, un sur le menton, deux sur le fourreau, plusieurs sur le gland; un mois après le chancre, accidents secondaires très-légers, puis bosse pariétale syphilitique.

Obs. V. — Chancres indurés; vingt jours plus tard, bosse fronto-temporale gauche, puis syphilide papuleuse confluente.

Ces tumeurs doivent être désignées sous le nom de périostites crâniennes, car :

1° L'acuité de leurs symptômes, leur marche rapide indiquent qu'elles procèdent d'un travail inflammatoire; 2° Elles siégent exclusivement dans le péricrâne et y restent confinées.

Chez l'adulte ces tumeurs se résolvent, chez l'enfant elles suppurent facilement. — Leur nombre varie beaucoup ; il paraît être en raison inverse de leur volume. Le plus souvent il n'en existe qu'une ou deux siégeant sur le pariétal ou le frontal. Elles sont fixées à l'os, libres de toute adhérence avec les téguments; elles sont dures, faciles à limiter. Leur pronostic est peu grave. En l'absence de tout traitement elles disparaissent, mais lentement.

M. Mauriac parle de la gravité que pourraient avoir de pareilles tumeurs siégeant à la face interne de la boîte osseuse crânienne, mais il n'en a pas observé d'exemple.

II. — *Des périostites chondro-sternales.*

M. Mauriac admet que ces périostites jouent un rôle considérable dans la pathogénie des névralgies thoraciques et de l'asthme symptomatique de la syphilis.

Obs. VI. — Chancre infectant; roséole au vingtième jour du chancre, costo-sternalgie très-intense; tumeurs périostiques situées sur les côtes et le sternum, point de départ des irradiations névralgiformes; leur guérison au bout d'un mois au soixante-dix-huitième jour du chancre. Les accidents secondaires, roséole, plaques, etc., persistèrent opiniâtrement.

III. — *Des périostoses et des exostoses précoces du tibia, du cubitus, de la clavicule, du maxillaire inférieur, etc.*

Obs. VII. — Balano-posthite infectante survenue un mois après la contagion. Au quarante-cinquième jour de la contagion (quinzième jour du chancre), douleurs vives dans le tibia, suivies au bout de trente-six ou quarante-huit heures de l'apparition spontanée d'une tumeur osseuse. Au soixante-

neuvième jour, roséole érythémateuse. Au quatre-vingtième jour, affaissement progressif et disparition de la tumeur tibiale. Quatre mois et demi après la contagion, plaques muqueuses des lèvres et du prépuce; syphilide papuleuse plate, discrète.

Obs. VIII. — Trois mois après le chancre, apparition presque simultanée d'une péri-exostose sur la face antérieure du tibia droit, et d'un engorgement syphilitique du testicule et de l'épididyme du côté gauche.

Obs. IX. — Au deuxième mois du chancre, avant l'apparition des accidents secondaires, début d'une affection osseuse de l'extrémité supérieure du cubitus. Traitement très-régulier; cependant, au bout de trois ans, exostose de l'extrémité interne de la clavicule gauche et d'une des côtes droites. Pas de guérison complète.

Obs. X. — Quatre semaines après le chancre, tumeur syphilitique entre le tibia et les muscles postérieurs de la jambe droite. Huit jours plus tard, roséole exanthématique. Guérison de la tumeur en six semaines.

Obs. XI. — Quatre semaines après le chancre, roséole et plaques muqueuses. Deux semaines plus tard, tumeur syphilitique de la jambe gauche à la partie moyenne et antérieure du tibia.

Obs. XII. — Un mois après le chancre, tumeur indolente adhérente au maxillaire inférieur. Guérison. Deux récidives. Plus tard, plaques muqueuses.

Obs. XIII. — Un mois et demi après le chancre, plaques muqueuses et syphilide papulo-vésiculeuse légère. Au troisième mois du chancre, céphalée, éruption de pustules d'ecthyma sur les membres. Au quatrième mois du chancre, périostose du maxillaire inférieur.

Dans toutes ces observations, M. Mauriac n'a jamais découvert de causes étrangères à la syphilis qui aient pu déterminer l'action syphilitique à se fixer prématurément sur un point quelconque du tissu osseux.

S'appuyant sur ces observations, M. Mauriac considère la division classique des accidents syphilitiques (primaires, secondaires, tertiaires) comme artificielle et arbitraire; mais les faits qu'il apporte si intéressants qu'ils soient sont exceptionnels, l'exception ne saurait infirmer la règle. « Les déterminations syphilitiques sur le système osseux dans les conditions que je viens d'indiquer, dit M. Mauriac, sont bien loin d'être communes puisque, en trois ans, je n'en ai observé que quelques cas sur les milliers de syphilis que j'ai soignées. (1) »

DEBOVE.

(1) Il nous paraît intéressant de rapprocher des conclusions auxquelles M. Ch. Maurice a été conduit, relativement à la syphilis osseuse précoce, les opinions exprimées par M. A. Fournier sur le même sujet.

Dans les leçons faites à Lourcine il y a 4 à 5 ans, M. A. Fournier enseignait que les manifestations douloureuses qui se produisent au niveau des os, désignées autrefois sous la dénomination unique de douleurs ostéocopes, se rattachent à trois formes diverses;

1° Douleurs liées à une phlegmasie superficielle de l'os, soit à la *périostite*;

2° Douleurs dues à la formation à la surface de l'os d'une tuméfaction dure, solide, vraisemblablement uniforme « *préiostose*; »

3° Sensibilité morbide des os, sans forme anatomique déterminée: *ostéalgie*.

M. Fournier a établi, de plus, que les préiostoses secondaires sont beaucoup moins communes que les périostites de la même période; mais que, cependant, elles sont loin d'être rares; qu'elles sont bien plus facilement appréciables que ces dernières, et que c'est à tort qu'on les a considérées comme des phénomènes tertiaires, puisqu'on a l'occasion fréquente de les observer en pleine période secondaire, à quelques mois

Remarks on cerebral disease having its origin in syphilis, by G. Owen REES. (*Guy's hosp. rep.*, *p.* 249, 1872.)

Dans les affections syphilitiques du système nerveux, lorsque les phénomènes antérieurs ou concomitants sont nuls ou trop obscurs pour éclairer le diagnostic, l'auteur pense que certains symptômes ont, en quelque sorte, un caractère spécial :

1° L'attaque de paralysie est généralement le résultat immédiat d'un exercice violent ou d'une fatigue musculaire, et l'atteinte est souvent assez sérieuse pour faire craindre une issue funeste immédiate ;

2° On observe une hémiphégie ou une paraplégie et, dans ce dernier cas, il n'y a souvent aucune raison pour soupçonner une lésion de la moelle, bien que quelquefois cet organe doive être sérieusement altéré ;

3° La paralysie est remarquable par l'irrégularité de sa distribution. Ainsi le bras et la jambe du côté droit peuvent être paralysés, la jambe étant à peine affectée, tandis que la jambe gauche peut avoir perdu en même temps son pouvoir moteur. De même on peut rencontrer de l'hémiplégie d'un côté et de l'anesthésie de l'autre, et la perte de la sensibilité peut être limitée à un membre, soit au bras dans les faits observés par l'auteur. Ces irrégularités sont très-variables ;

4° La douleur de tête et la sensibilité du cuir chevelu font rarement défaut. Il est digne de remarque que l'anesthésie existe très-généralement dans les affections cérébrales syphilitiques, et qu'elle persiste à un léger degré longtemps après la disparition des autres symptômes.

L'aphonie a été maintes fois observée au début. Lorsque ce symptôme s'accompagne d'un grand abattement et de phénomènes paralytiques, il facilite singulièrement le diagnostic et le pronostic.

D'après son expérience personnelle, O. R. croit que la syphilis cérébrale ne peut être complétement guérie que par l'emploi du mercure. (C'est là une opinion qui est également soutenue par d'autres auteurs.) Il cherche à expliquer cette particularité par des vues théoriques.

Les productions syphilitiques du cerveau pourraient, comme d'autres tumeurs, se développer dans certaines parties du cerveau sans produire de symptômes ou en ne produisant que des phénomènes très-légers.

L'intervention d'une cause excitante déterminerait une inflammation dont les produits seraient composés des matériaux ordinaires

de distance du début de l'infection; parfois même, mais plus rarement, avec les premières pensées d'accidents généraux.

du sang. Dans ces circonstances, l'iodure de potassium ferait facilement justice de ces produits inflammatoires, et les symptômes en disparaissant laisseraient croire à une guérison complète.

Cependant les productions syphilitiques resteraient inabsorbées et une rechute serait imminente jusqu'à ce que, par l'emploi du mercure, on ait déterminé la disparition de la masse gommeuse.

A l'appui de ces assertions, l'auteur rapporte d'abord un cas de paralysie syphilitique à début brusque, dans lequel, après une amélioration très-grande par l'iodure de potassium, la guérison définitive ne fut obtenue qu'à l'aide d'un traitement mercuriel.

Suit un second cas terminé par la mort, en voici le résumé :

W. C., âgé de 39 ans. A l'âge de 10 ans, à la suite d'un coup sur le tibia, ostéite avec perte de deux fragments osseux. Il y a deux ans, gonnorrhée, et un an après, plusieurs chancres à la suite desquels survint un bubon; mais pas d'angine, ni d'éruption. Quatre mois après, il fut pris d'une vive douleur dans l'épaule gauche. Cette douleur se fixa ensuite à la tête et il se fit traiter à Guy's pour une céphalalgie violente. Puis admis à l'hôpital et soumis à de fortes doses d'iodure de potassium, il parut parfaitement guéri au bout de trois semaines.

Sa santé resta bonne jusque vers le milieu de mars, époque à laquelle il fut pris de perte incomplète de la vue, avec douleur de tête violente, principalement au vertex, et tomba bientôt dans la somnolence.

Il survint des vomissements, et le 22 mars il entra dans le service de l'auteur. Il resta dans la somnolence jusqu'à sa mort qui arriva le 1er juin. Pendant ce temps il eut des accès que l'infirmier compara à des défaillances, et son estomac ne put conserver ni les aliments ni les médicaments.

Autopsie. — Crâne épaissi; sa surface interne est légèrement rugueuse. — Les tubercules clinoïdes postérieurs, le gauche surtout, sont altérés; ils ont perdu leur surface dure, et le tissu spongieux est rouge foncé et contient des taches formées par une lymphe jaunâtre. — La dure-mère épaissie à la base, adhère aux os; au niveau de la selle turcique elle forme avec le corps pituitaire une masse charnue du volume d'une petite noix, masse qui est traversée par les artères carotides. Les parois de ces vaisseaux se confondent avec le tissu qui compose cette tumeur, et leur surface interne est ridée et rétractée.

Les sinus sphénoïdaux sont sains. L'arachnoïde qui recouvre le 3e ventricule est très-épaissie. Les nerfs optiques compris tous les deux dans la production morbide sont gonflés et paraissent une fois et demie ou deux fois plus gros que normalement. Le nerf de la 3e paire adhère à la tumeur, mais il en est séparable.

Celle-ci est une masse charnue, rose, maculée de taches pâles, jaunâtres; ses limites sont peu précises et se confondent plus ou moins avec les tissus voisins. Le lobe gauche du cerveau est ramolli. Le corps strié et le thalamus sont convertis en une masse pulpeuse.

L'hémisphère droit est aussi ramolli, mais beaucoup moins que le gauche.

Les poumons et le cœur sont normaux.

Le foie et la rate contiennent des gommes syphilitiques déjà très-dégénérées qui présentent des parties graisseuses, caséeuses et calcaires.

Bien que l'examen histologique fasse défaut, l'auteur n'hésite pas à rapporter ces lésions à la syphilis, et il pense que la tumeur cérébrale existait déjà à l'époque où l'iodure de potassium a produit une guérison temporaire.

Cette observation est donc loin d'être inattaquable puisque, même dans les cas où l'examen anatomique a été complet, les productions syphilitiques intra-crâniennes laissent encore du doute dans l'esprit d'observateurs plus scrupuleux. L'obscurité de ce fait est rendue encore plus grande par les antécédents du malade qui signalent plusieurs chancres et un bubon, sans autre accident caractéristique de la syphilis.

La 3e observation est relative à un homme syphilitique depuis 6 ans. Il présenta une douleur de tête intense et une faiblesse des extrémités inférieures.

Le mercure triompha de ces accidents contre lesquels l'iodure de potassium s'était montré impuissant.

L'auteur emploie de préférence le calomel, les pilules de Plummer (une pilule matin et soir), ou l'iodure de mercure en deux ou trois prises chaque jour.

TRAVAUX A CONSULTER.

Étude sur les larves de mouches qui se développent dans la peau de l'homme, au Sénégal, par M. BÉRENGER-FÉRAUD. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 19, 4 nov. 1872, p. 1133.*)

M. Bérenger-Féraud étudie la larve connue au Sénégal sous le nom de ver de Cayor : larve d'une mouche encore non décrite, *Ochromyia antropophaga* (Blanchard), voisine des *Lucilia*, dont une espèce de la Guyane (*Lucilia hominivora*) vit souvent à l'état de larve aux dépens de l'homme. Le ver de Cayor semble se former dans le sable, et de là pénètre dans la peau de l'homme ou des animaux couchés par terre; il se manifeste sous l'apparence tantôt d'un petit corps étranger, tantôt d'un simple furoncle; il est éliminé spontanément ou facilement extrait par pression, sans suites fâcheuses. H. TH.

De l'érythème noueux dans certaines maladies, par M. BÈS. — *Thèse de doctorat, Paris,* 1872.

Dans une partie intéressante de ce travail, l'auteur a voulu montrer une relation qui paraît avoir été peu remarquée jusqu'ici ; c'est la coexistence de l'érythème noueux avec diverses maladies des organes génitaux urinaires ou avec quelques complications de ces maladies.

Des observations communiquées par MM. Lacassagne, Quinquand, Caubet, Gombault, Panas, Béhier et A. Fournier mettent cette coexistence en lumière d'une manière assez remarquable. Dans les unes, l'érythème noueux avait coïncidé avec un rhumatisme blenorrhagique du genou et d'autres articulations, dans les autres, avec des ténosites et des

périostites. Ainsi, non-seulement les plaques d'érythème noueux seraient communes dans le cours du rhumatisme articulaire ordinaire, mais on les rencontrerait encore dans des cas de rhumatisme blennorrhagique et de ténosite et périostite, d'origine syphilitique. On comprend facilement l'intérêt de semblables observations. A. G.

Ueber Urticaria ab irritamentis externis (De l'urticaire produite par des irritants extérieurs), HOFLING. *(Berliner klinische Wochenschrift, 2 décembre 1872.)*

Après avoir rappelé l'urticaire produite par certaines chenilles processionnaires, du genre bombyx, dont les poils agissent sur la peau humaine, à la façon des orties, l'auteur signale, pour cette maladie, une cause bizarre et qui n'avait probablement pas encore été mentionnée.

Pendant les fortes chaleurs, il se développe dans les lieux d'aisance tenus malproprement, des champignons de moisissure sur les fragments de fécès restés adhérents à la lunette; d'où l'explication de ces couronnes de plaques d'urticaire à la région fessière de certains patients.

J. B.

Traitement des maladies de la peau par l'électricité.

Certain queries in electro-physiology and electro-therapeutics, par le docteur G. BEAR. *(Journal of psychological medicine, octobre 1872.)*

Le docteur G. Bear pose et discute plusieurs questions d'électrothérapie, parmi lesquelles la suivante est plus particulièrement importante au point de vue pratique :

Est-il possible d'agir sur les maladies de la peau par la galvanisation centrale seule, sans faire aucune application à la surface malade?

M. Bear répond par l'affirmative et il rappelle qu'il obtient la galvanisation centrale en plaçant le pôle négatif au creux épigastrique, tandis que le pôle positif passe sur la tête, la nuque et le dos, de manière à soumettre l'encéphale, le sympathique, la moelle épinière, en un mot, tout le système nerveux central aussi bien que le pneumogastrique à l'influence directe du courant.

Chez une femme traitée à Long Island College Hospital, pour un eczéma chronique des jambes, rebelle à huit années de divers traitements, l'amélioration survint dès la sixième semaine; au bout de trois mois, il ne restait plus qu'une petite plaque d'eczéma à la malléole externe et la guérison était complète quelque temps après.

Un enfant de 11 ans, traité au même hôpital d'un prurigo général avec vives démangeaisons, dont il était atteint depuis six ans, guérit au bout de six semaines de traitement par la galvanisation centrale.

L'auteur cite encore un cas d'eczéma très-étendu chez un enfant, un autre cas de prurigo général chez une femme, guéri par la galvanisation centrale. L'acné est également modifié d'une façon favorable par le même traitement.

Un cas d'eczéma syphilitique des mains et des pieds, rechuta après une première guérison, mais fut la seconde fois traité avec succès.

La galvanisation locale est loin d'avoir la même efficacité, elle reste souvent impuissante, et dans tous les cas, l'amélioration s'obtient plus lentement.

Le docteur Bear indique plus loin l'heureuse influence de la faradisation générale sur la nutrition chez les enfants débiles et cachectiques et signale une expérience faite sur quatre chiens d'une même portée, parmi lesquels deux soumis à la faradisation générale, sont devenus plus gros et plus vigoureux que les deux autres nourris d'ailleurs de la même manière. MAGNAN.

The electro-therapeutics of diseases of the skin, by Edward C. MANN. (*The Med. Record.*, 1er *oct.* 1872.)

S'appuyant sur la relation qui existe entre les nerfs sympathiques et vaso-moteurs d'une part, et plusieurs affections cutanées de l'autre, l'auteur propose d'appliquer les courants électriques au traitement des maladies de la peau, et cite plusieurs exemples de guérisons très-rapides obtenues par ce moyen. En quelques jours, il aurait fait disparaître des eczémas chroniques, des urticaires, etc. On doit appliquer le pôle négatif à la partie supérieure de la région épigastrique pour atteindre directement le plexus solaire, et le pôle positif au niveau du centre crânien, ou sur les 6me et 7me vertèbres cervicales, afin d'intéresser le nerf cervical sympathique, le pneumogastrique, le phrénique, le nerf laryngé et le plexus brachial. (Ce sont là quelques faits isolés qui me paraissent avoir besoin de confirmation.) J. DUBRISAY.

Black discoloration of the eyelids due to argentic chloride (Coloration noire des paupières due au chlorure d'argent). — Royal London ophthalmic hosp.. M. HULKE. (*The Lancet*, 19 *oct.* 1872, *p.* 560.)

Il s'agit d'un cas de simulation de cette coloration noire des paupières qui a beaucoup préoccupé le public médical, il y a quelques années, sous le nom de *chromhydrose.*

Une jeune servante de 15 ans se présenta à la consultation externe avec une coloration noire des paupières inférieures. L'apparence était celle de la teinte noire que prend le nitrate d'argent appliqué sur la peau. L'analyse chimique des pellicules épidermiques colorées détachées de la peau fit reconnaître la présence du chlorure d'argent.

La jeune fille a nié résolûment la supercherie. E. D.

Etude clinique sur les ulcérations anales, par MM. PÉAN et MALASSEZ. — *Delahaye, Paris*, 1872.

Ulcérations simples. — P. et M. décrivent, sous le nom d'ulcères chroniques, des ulcères qu'ils ont rencontrés sur des sujets hémorrhoïdaires et qui leur paraissent tout à fait comparables aux ulcères des

membres variqueux; les hémorrhoïdes agissent comme cause prédisposante; quant aux causes efficientes, elles sont les mêmes que pour les autres variétés d'ulcères. Cette affection abandonnée à elle-même s'accroît peu, mais ne guérit que fort lentement.

Ulcérations vénériennes. — Les condylômes existent le plus souvent avec les chancres mous, parce que de toutes les ulcérations anales, c'est le chancre mou qui a le processus le plus actif, mais ils peuvent exister aussi avec des ulcérations parfaitement simples. — P. et M. n'ont jamais vu les chancres mous dépasser le bord supérieur du sphincter interne, ils regardent le chancre phagédénique de l'anus comme très-rare, et n'ont jamais observé de chancres phagédéniques du rectum. — La cicatrice du chancre anal ne se rétracte pas et ne peut donner lieu à un rétrécissement du rectum. — Chez les sujets scrofuleux, le chancre anal peut se compliquer d'éléphantiasis et d'œdème chronique des tissus voisins. — Sous le nom de plaques muqueuses fendillées, P. et M. décrivent des plaques qui siégent au pourtour de l'anus, et sont séparées en deux parties par un sillon profond. On retrouve ces plaques sur les points qui ont la même constitution anatomique que l'anus, aux commissures labiales, par exemple.

Ulcérations tuberculeuses et scrofuleuses. — Sur une malade, P. et M. ont observé une ulcération tuberculeuse de l'anus; l'autopsie fut faite et l'examen histologique de la pièce confirma le diagnostic, il existait des granulations tuberculeuses au pourtour de l'ulcère. DEBOVE.

Cas de paraplégie syphilitique, par Lorenzo HALE. (*The American Journal of syphilography and dermatology, octobre* 1872.)

Garner, nègre, 31 ans, chancre, il y a 5 ans. — Depuis un an, paralysie totale de la jambe droite, elle est survenue graduellement. Six semaines avant sa mort, il prend de l'iodure de potassium, et interrompt ce traitement au bout de deux jours, par pure négligence. Il survient de la rétention d'urine, la paralysie devient complète des deux côtés, il se forme de l'ascite. A l'autopsie, on trouve une gomme de la moelle au niveau de la troisième vertèbre lombaire. Les reins présentaient les lésions du début du troisième stade de la maladie de Bright. DEBOVE.

Hereditary syphilis; arrested developpement; enlarged lymphatic glands in various parts of the body; gangrene of the tip of the nose. — London hospital, M. RIVINGTON. (Syphilis héréditaire; arrêt de développement; hypertrophie des ganglions lymphatiques sur diverses parties du corps; gangrène de l'extrémité du nez.) (*Med. Times and Gaz.*, 19 *oct.* 1872.)

E. D., âgée de 16 ans, fut admise à l'hôpital de Londres le 20 décembre 1871 pour une soi-disant gangrène du nez produite par le froid. En l'examinant on trouva que, au cou, dans les aisselles, dans les aines, les ganglions lymphatiques étaient considérablement hypertrophiés; à la partie inférieure de l'abdomen existait une masse hypertrophique formée par la peau et le tissu aréolaire. — Les grandes lèvres étaient légèrement ulcérées.

La peau des oreilles était d'un brun foncé. — L'affection du nez remon-

tait à un an. Pendant l'été, les oreilles et le nez reprenaient leur aspect normal; avec le froid une plaie se produisit sur le nez.

L'enfant était tellement arrêtée dans son développement qu'à 16 ans elle paraissait avoir au plus 6 ans. Elle était pâle et d'aspect terreux; tout son ensemble extérieur faisait penser à une syphilis héréditaire; ses seins n'avaient pris aucun développement; elle n'avait jamais été réglée. — Dans la première enfance, elle avait eu des ulcérations au cou dont on voyait les cicatrices et une inflammation chronique des yeux.

A l'auscultation de la poitrine, on trouva sur un point de la crépitation, aux deux sommets et en arrière, à la partie inférieure du poumon gauche, un affaiblissement du murmure respiratoire. — Sur d'autres points un ronchus considérable. — A la base de la poitrine des deux côtés une résonnance exagérée.

Les veines superficielles de la poitrine et de l'abdomen étaient distendues, la jugulaire gauche très-dilatée. Le 2e bruit du cœur était considérablement exagéré.

De ces signes divers on conclut que les glandes lymphatiques du thorax, hypertrophiées, comme celles de l'intérieur du corps, exerçaient une compression sur les bronches et les gros vaisseaux situés à la base du cœur.

Les ganglions lympathiques du mésentère parurent de même hypertrophiés.

Le diagnostic, syphilis héréditaire, fut confirmé par les renseignements sur la famille. Le père avait eu 6 enfants de 2 femmes différentes. — Une première fille, née avant la syphilis contractée est toujours bien portante. Des 5 autres enfants, la malade actuelle seule survivait. Les autres étaient tous morts dès les premiers temps de leur vie. La 2e femme avait elle-même un ulcère aux parties génitales et des exostoses crâniennes.

Cette observation abrégée est intéressante au point de vue de la lésion, l'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. Ce fait est à peine mentionné dans les traités spéciaux de syphilis.

J. DUBRISAY.

Etude sur le tremblement syphilitique, par APARICIO. — *Thèse de Paris,* 1872.

Le tremblement est un symptôme de la syphilis à sa période secondaire; son apparition est brusque, les douleurs et la faiblesse musculaires qui l'accompagnent sont des effets de la diathèse, mais n'existent pas nécessairement. Il débute presque toujours par les membres supérieurs; quelquefois il occupe la moitié du corps, il ne siége jamais à la tête; dans quelques observations, la langue était légèrement tremblante. Le tremblement est plus ou moins développé; il n'a pas la même intensité toute la journée; il présente de véritables accès survenant à des intervalles irréguliers et souvent sans cause apparente.

Le pouls est tremblé, il offre divers types qui varient suivant les malades et aussi sur un même malade à diverses heures de la journée. La durée du tremblement oscille entre quelques jours et quatre mois; il apparaît en même temps que les autres phénomènes secondaires et disparaît avec eux. Sa fréquence est beaucoup plus grande chez la femme; il n'est pas dû au mercure, on l'observe sur des individus vierges de tout traitement; il cède aux préparations mercurielles. — Ce travail a été fait à l'hôpital de Lourcine, sous l'inspiration de M. Fournier. DEBOVE.

Symptoms resembling general paralysis of the insane ; irregular paralysis of limbs, face, and nervous motor oculi ; syphilitic tumour? by Dr SILVER. (*Medic. Times and Gaz.*, 26 *octobre* 1872.)

W. C., âgé aujourd'hui de 32 ans, a eu à 20 ans une syphilis constitutionnelle. — A 24 ans, débuta la maladie cérébrale qui le fait entrer le 28 mai 1872 à l'hôpital de Charing-Cross.

En l'espace de 8 ans, quatre attaques se produisirent : la première fut caractérisée par des convulsions générales, une perte de connaissance de 24 heures et ensuite une hémiplégie gauche. — A la 2e, par des convulsions : une perte de connaissance de 24 heures, une paralysie généralisée d'abord sur les 4 membres, et ensuite plus marquée à gauche. — Enfin de l'aphasie pendant 2 mois. — A la 3e attaque, mêmes phénomènes et même marche qu'à la 2e. — A la 4e attaque, survenue à Noël 1871, pas de convulsions, pas de perte de connaissance, mais paralysie généralisée sur tous les membres et affaiblissement énorme de la mémoire. Bientôt troubles oculaires qui tiennent à la paralysie du moteur oculaire commun de l'œil droit.

Traité par l'iodure de potassium à la dose de 1,50 gr. par jour, le malade n'éprouve aucune amélioration. Les troubles intellectuels augmentent. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe se manifestent: Le malade est atteint de délire ambitieux. — Il est renvoyé de l'hôpital comme incurable.

En présence de ces symptômes, le Dr Silver repousse avec raison l'idée d'un foyer hémorrhagique, mais pour conclure comme il le fait à l'existence d'une tumeur syphylitique de la base du cerveau, il n'a en réalité que les antécédents du malade, et l'absence d'autopsie aurait dû, il nous semble, le rendre plus réservé dans son diagnostic. Nous ne partageons pas davantage l'opinion émise en passant par l'auteur au sujet de la paralysie générale des aliénés. Pour lui, la paralysie générale n'est pas une espèce propre : elle n'est qu'un symptôme commun à beaucoup d'affections cérébrales. C'est une erreur ancienne dont les travaux modernes de Calmeil, Baillarger, Moreau et bien d'autres ont fait justice. La paralysie générale est une affection distincte, caractérisée par un ensemble de symptômes propres et des lésions anatomiques spéciales.

J. DUBRISAY.

Rare cases of syphilis, by C. DRYSDALE. (*Brit. Medic. Journ.*, 17 *nov.* 1872.)

L'auteur relate deux cas de cette maladie : dans le premier, l'accident primitif, le chancre, fut contracté à la lèvre supérieure en fumant un bout de cigare que venait d'abandonner un passant. Le sujet contaminé avait 74 ans. Il ne présentait aucune trace d'infection aux organes génitaux et l'évolution de l'ulcération buccale démontra d'une manière indubitable sa nature chancreuse. Quant au deuxième cas intitulé « roséole syphilitique, hémiplégie et aphasie, » il ne paraît nullement prouvé que la syphilis fût la cause des accidents paralytiques, qui siégeaient à droite : on sait que les lésions gauches du cerveau s'accompagnent assez fréquemment de troubles de la parole. Le traitement, amena il est vrai, de l'amélioration, mais non pas une guérison complète. Cette amélioration ne pouvait-elle être mise sur le compte d'une cicatrisation de la lésion cérébrale? En un

mot cette deuxième observation ne nous paraît pas absolument concluante. Le sujet avait 36 ans. A. G.

Einiges über die Anwendung subcutaner Sublimat-Injectionen bei Syphilis (Quelques considérations sur l'emploi des injections sous-cutanées de sublimé dans la syphilis), par E. HANSEN. (*Dorpater medic. Zeitschrift, t. III, 1re liv.*)

Il résulte de 89 observations que : 1° les femmes ont besoin d'un traitement plus long que les hommes. 2° Les récidives guérissent plus vite que les premières affections. 3° L'addition de sulfate de morphine au sublimé donne de meilleurs résultats que le sublimé seul. T. K.

Jean de VIGO. — Le mal français (1514). — Traduction et commentaires par Alfred FOURNIER. — *Paris, G. Masson, 1872.*

Cet ouvrage fait partie d'une collection choisie des anciens syphiliographes, à laquelle l'auteur apporte un soin digne d'éloges.

Dans la préface, sous la forme d'une lettre d'outre-tombe de Jean de Vigo, on voit que, grâce à une connaissance approfondie des auteurs si remarquables du xve et du xvie siècles, M. Fournier a pu établir, que, de toutes les périodes de la syphiliographie, celle qui est la plus distante chronologiquement de la nôtre, en est la plus voisine doctrinalement. C'est à cette première époque, que quelques-unes des grandes vérités édictées et promulguées de notre temps ont été, soit découvertes, soit entrevues, et que la doctrine syphiliographique est restée pure de toutes les confusions, de toutes les erreurs qui s'introduisirent plus tard dans la science.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

On the treatment of diseases of the skin; with an analysis of eleven thousand cases, by Dr Anderson, *Medic. Times and Gaz.*, 9 novembre 1872.

Des rapports des affections de la peau entre elles et avec les affections des autres systèmes, par le Dr Bazin, *Annales de dermatologie* n° 6, 1872.

Report on cutaneous statistics, derived from the practice of the Belfast hospital for skin diseases (Statistique des maladies de la peau observées à l'hôpital de Belfast), par H. Samuel Purdon, *The Dublin journal of med. sc.* octobre 1872.

Des mélanodermies, par le Dr Fabre. *Thèse*, Paris 1872.

Éruption after taking chloral. Éruption causée par l'emploi du chloral, par Thomas Bryant. *Lancet*, 2 novembre 1872. Éruption rubéoliforme de très-courte durée, observée dans deux cas.

Diseases of the hair (Maladies de la chevelure), par Benjamin Godfrey, Londres 1872.

Traité populaire sur les affections du système capillaire avec conseils pour la conservation et l'entretien de la chevelure.

Le chancre simple, par le Dr LABURTHE. *Thèse*, Paris 1872.

On some pratical points in the prophylaxis and the treatment of the phimosis produced by chancroïdal ulcers (Prophylaxie et traitement du phimosis produit par les chancres), par le Dr TAYLOR. *American journal of syphilography*, octobre 1872.

Étude critique sur l'induration secondaire, par le Dr DIDAY. *Annales de dermatologie*, n° 6, 1872.

The treatment of phagedænic chancres by continuons irrigation, par Jonathan HUTCHINSON. *Brit med. journ.* 2 nov. 1872, t. II, p. 497.

De l'hémiplégie syphilitique, par le Dr BUTTERLIN. *Thèse*. Paris, 1872.

Hereditary syphilis, arrested dévelopment, enlarged lymphatic glands in various parts of the body, gangrene of the tip of the nose. (Syphilis héréditaire, développement incomplet, hypertrophie des ganglions lymphatiques de plusieurs régions, gangrène du bout du nez.) London hospital M. RIVINGTON. *Medical Times and Gazette*, 19 oct. 1872, p. 432.

Ueber Reinfection mit constitutionneller Syphilis (Étude sur la réinfection syphilitique), par H. KÖBNER. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 11 novembre 1872.

Case of psoriasis of the nails, (psoriasis des ongles), par le Dr CUMMISKEY. *American journal of syphilography*, october 1872.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

ANALYSES.

Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide, par M. L. LUNIER. — *Paris*, 1872.

A la vue des dangers que l'abus des boissons alcooliques peut faire courir à la santé publique ou à la sécurité du pays, de tous cotés, en France, on avait pressé l'administration de prendre des mesures reconnues très-urgentes. Le silence n'aurait pas tardé cependant à succéder à toute cette émotion, si les médecins n'étaient pas intervenus pour réclamer aux assemblées politiques des lois répressives, pour demander aux académies la solution des points les plus contestés. M. Lunier publie, depuis des années, sur la ques-

tion de l'alcoolisme, des écrits dignes à plus d'un titre d'attirer l'attention. Son mémoire le plus récent se distingue par la variété et l'exactitude des documents qui le composent, par la netteté des conclusions qui le terminent : il nous fait connaître pour chaque département, à trois époques différentes, 1849, 1859 et 1869, les chiffres représentant la production et la consommation des principales boissons fermentées, vin, cidre, bière, alcool; et d'autre part, le nombre relatif des cas d'aliénation mentale de cause alcoolique, admis dans les asiles pendant les périodes 1856-1858 et 1867-1869.

La quantité d'alcool que renferment les diverses boissons ne varie pas seulement d'une espèce à l'autre, mais dans les nombreuses variétés d'une même espèce. La présence ou l'absence de tannin, ainsi que de plusieurs autres substances qui entrent dans la composition du vin, peuvent atténuer ou aggraver les résultats fâcheux que des excès répétés produisent sur l'organisme. On a remarqué avec raison que des vins blancs peu riches en alcool produisent l'ivresse plus vite que des vins rouges qui en renferment jusqu'à 10 et 12 p. 0/0.

A l'Académie, lors de la discussion du rapport de M. Bergeron, plusieurs membres ont condamné la pratique du vinage, en faisant observer, en outre, que les eaux-de-vie de grains, de pommes de terre, de betterave, sont beaucoup plus toxiques que les eaux-de-vie de vin et de marc assez exceptionnellement employées à cet usage. On évalue la production du vin dans notre pays à 60 millions d'hectolitres par année moyenne : les deux tiers sont consommés sur place et échappent au fisc.

La plus grande partie des alcools de vin et de marc évitent les droits et ne peuvent être suivis dans leurs transformations ou leur consommation, ce qui est l'exception pour les alcools d'industrie. En indiquant la dépense par tête, M. Lunier a en vue l'alcool à 90° ou 92°; ses chiffres représentent donc des quantités deux à trois fois plus fortes de liqueurs, telles qu'elles sont livrées au consommateur. Il ne faut pas non plus oublier que les trois quarts au moins de la population (les enfants au-dessous de douze ans, et la plupart des femmes) s'abstiennent d'alcool, ce qui augmente beaucoup la quantité de liqueur qu'un homme boit annuellement, dans certaines contrées.

79 départements ont contribué à fournir les éléments de l'enquête. Ils sont groupés en trois séries :

La première comprend 21 départements qui ne récoltent pas de vin ou n'en récoltent qu'une quantité insignifiante, et se subdivise en quatre groupes bien distincts, suivant qu'ils fabriquent ou ne fabriquent pas d'alcool, et, d'un autre côté, qu'ils produisent ou ne produisent pas de cidre.

Dans la seconde figurent 27 départements qu'on peut séparer,

suivant qu'ils produisent de l'alcool de vin ou qu'ils produisent surtout ou uniquement de l'alcool de grains, de betterave, etc.

A la troisième série appartiennent les départements qui récoltent du vin, mais ne produisent pas d'alcool, ou n'en produisent que des quantités insignifiantes, par rapport à leur consommation ; on peut les distinguer entre eux parce qu'ils récoltent et consomment une certaine quantité de cidre, ou bien, parce que le cidre y est à peu près inconnu. Ne pouvant songer à reproduire les chiffres obtenus pour chaque groupe, il faut nous borner à indiquer les faits principaux qui se dégagent.

Dans toute la France, les liqueurs spiritueuses, et particulièrement celles fabriquées avec les alcools de betterave et de grains, tendent à se substituer aux boissons naturelles, telles que le vin et le cidre.

Dans les contrées qui ne récoltent que peu ou pas de vin, on avait vu sous l'influence du bien-être s'accroître, à un moment, la consommation des vins ordinaires ; elle s'est arrêtée et a même rétrogradé, à la suite du bon marché des alcools de grains, qui en facilite singulièrement l'extension. Dans les pays, où le cidre était la seule boisson, lui aussi perd du terrain chaque jour, et cède la place aux eaux-de-vie de grains. Ainsi donc, les alcools d'industrie dont l'usage se trouvait concentré dans les départements du nord, tendent à se propager chaque jour davantage par toute la France.

Considérée dans l'ensemble du pays, la consommation de l'alcool a presque doublé de 1849 à 1869, et, durant la période comprise de 1857 à 1862 le nombre des cas de folie de cause alcoolique a augmenté de 59 p. 0/0 chez les hommes, de 52 p. 0/0 chez les femmes.

C'est dans les départements qui récoltent et consomment du cidre que la consommation de l'alcool et le chiffre des folies alcooliques ont plus particulièrement augmenté.

Dans ceux qui récoltent du vin et de l'alcool de vin, la situation s'est peu modifiée pour les hommes; les maladies mentales consécutives aux excès de boisson sont relativement rares chez les femmes.

Dans les départements (Vendée) où l'on boit relativement beaucoup de vin blanc, et peu de boissons spiritueuses, la folie alcoolique paraît aussi commune chez les hommes que dans ceux où l'on consomme de l'alcool, tandis qu'elle est très-exceptionnelle pour les femmes.

L'alcoolisme n'est pas seulement préjudiciable à celui qui s'y abandonne ; l'enfant conçu sous cette influence est voué souvent à une mort prématurée, aux convulsions, à l'épilepsie, à la folie, et à beaucoup d'autres infirmités. Dans certains districts houilliers, les époux, séparés toute la semaine, se livrent l'un et l'autre à la boisson, le jour de leur réunion, et les rapprochements sexuels s'accomplissent pendant un état d'ébriété plus ou moins complète ; alors les

êtres enfantés à ce moment fournissent les éléments d'une expérimentation aussi précise que fréquente.

A l'étranger, on a été frappé également de la part considérable que les excès de boisson avaient dans la production de l'aliénation mentale ; mais personne, que nous sachions, n'avait entrepris et mené seul à bonne fin, une enquête aussi vaste que celle que nous indiquons : on s'était borné à étudier une province isolée, une région restreinte ; mais on n'avait pas embrassé tout un état.

Pour bien saisir tout l'intérêt du mémoire de M. Lunier, il importe de le rattacher aux autres publications, dont le but est de préciser la marche de l'aliénation en France, à *notre époque* (1).

BOUCHEREAU.

Beitræge zur Kenntniss der Geisteskrankheiten aus Anæmie; zwœlf Krankengeschichten (Contribution à l'étude des maladies mentales qui proviennent de l'anémie; douze observations), par le Dr SCHOLZ de Brême. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, III. Band*, 3. *Heft*, 1872.)

Dans les observations qui forment la base de cette étude, la maladie mentale a été cinq fois consécutive à une inflammation des poumons; deux fois à une fièvre scarlatine; une fois au typhus; une fois à la suppuration longue et abondante d'un abcès; une fois à l'épuisement, résultant d'un allaitement prolongé; deux fois à une menstruation profuse, survenue dans la période critique.

Les cinq cas de folie, développés dans le cours d'une pneumonie, concernaient des hommes, qui, à l'exception d'un seul n'étaient pas, d'après l'auteur, adonnés à la boisson. Il faut cependant remarquer que plusieurs malades avaient présenté des phénomènes rappelant en beaucoup de points le délire alcoolique. L'état mental est malheureusement décrit en termes si brefs, qu'il est difficile de se prononcer en parfaite connaissance de cause.

Quant au siége de la pneumonie, elle occupait trois fois le lobe supérieur droit, une fois le lobe inférieur droit, une fois le lobe inférieur gauche. La pneumonie appartenait à la forme aiguë, hormis un cas chronique.

L'absence d'antécédents héréditaires est indiquée dans la plu-

(1) Assemblée nationale, février 1872. — Projet de loi contre l'ivresse publique e l'alcoolisme par Vilefeu, Desjardins, Roussel.

Acad. de médecine.—Rapport de M. Bergeron sur le vinage.—Discussion, juillet 1870

Acad. de médecine. De la gravité des lésions traumatiques et des opérations chi rurgicales chez les alcooliques. Verneuil, Hardy, Gubler, Gosselin, Béhier, Riche Chauffard, Giraldès. Décembre 1870.

Lunier. — De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes 1870.

Lunier. — De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement comme mesure d'ordre public. 1871. Savy.

Magnan. — Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme. 1871. Delahay

part des faits, à l'exception d'une femme nourrice, dont le père avait eu un accès de *delirium tremens*.

C'est le plus généralement pour les faits consécutifs à des maladies aiguës, dans la période de déclin de l'affection que le délire a éclaté. Chez les hommes la vésanie avait les caractères de l'état maniaque, du délire furieux, s'accompagnant d'hallucinations, d'illusions de la vue et de l'ouïe, parfois pénibles avec sentiment de frayeur; les femmes ont présenté de la mélancolie; mélancolie simple à la suite d'une menstruation abondante, mélancolie avec conceptions délirantes après le typhus; mélancolie avec stupeur à la suite de l'épuisement produit par un allaitement prolongé.

La maladie mentale a été de courte durée et s'est terminée par la guérison, excepté chez une femme enlevée par une longue suppuration.

Une alimentation reconstituante, des toniques comme adjuvants, le chloral pour combattre l'agitation ou amener le sommeil, tel a été le traitement prescrit.

L'anémie cérébrale peut accompagner les maladies fébriles ou leur succéder. Les observations de Scholz viennent s'ajouter aux faits connus, cités par Griesinger, MM. Wille, Brosius, Simon, Weber, Chéron. Tous les auteurs sont à peu près d'accord pour admettre que les vésanies qui se développent dans la période décroissante des maladies sont le résultat de l'anémie; tandis que les psychoses, qui surviennent dans leur période d'accroissement sont rattachées à l'hyperémie cérébrale, sans preuve bien évidente. Ces réflexions s'appliquent plus particulièrement à la pneumonie. L'engorgement sanguin local, l'hépatisation des poumons, déterminent la soustraction d'une plus ou moins grande quantité de sang du torrent de la circulation générale : conditions qui contribuent à la production de l'anémie cérébrale. Pour établir sa manière de voir, l'auteur a beaucoup plus recours au raisonnement, qu'à des procédés de vérification empruntés à la clinique ou à l'anatomie pathologique.

Personne ne met en doute que des vésanies succèdent parfois aux maladies aiguës les plus diverses; de là, il y a loin à admettre l'anémie comme cause unique; ce n'est pas seulement dans sa quantité, mais encore dans sa qualité que le sang reçu par le cerveau peut être modifié. Au commencement de ce siècle, Pinel (1) signalait déjà l'entrée à Bicêtre d'un certain nombre d'aliénés, frappés d'une sorte d'idiotie (on dirait aujourd'hui de stupeur), qui avaient été soumis antérieurement dans les hôpitaux à un traitement très-actif par les saignées, les bains, les douches. De ces aliénés, les uns succombaient quelques jours après leur arrivée, les autres étaient rendus rapidement à la raison par les toniques, et une alimentation

(1) Pinel. L'aliénation mentale.

reconstituante. A ce sujet, sans vouloir citer tous les travaux publiés sur la même question, il est juste de mentionner un mémoire de M. Baillarger (1) sur la folie consécutive aux fièvres intermittentes, et un autre de M. Delasiauve (2) relatif à l'influence du choléra sur la production de la folie.

BOUCHEREAU.

Die Platzangst (agoraphobie), Symptom einer Erschœpfungsparese (L'angoisse des places (agoraphobie), symptôme d'épuisement paralytique), von D. M. E. CORDES. (*Archiv für Psych. und Nervenkrank., III. Band, 3. Heft, Berlin*, 1872.)

Sous le nom d'agoraphobie, Westphal, connu par des travaux importants, a cru devoir décrire un état névropathique qu'il a rencontré chez quelques malades. Les considérations confuses, que Cordes vient présenter à l'appui, ne paraîtront à personne de nature à faire beaucoup avancer la question. Que doit-on entendre par l'agoraphobie, l'angoisse des places, la crainte des places (platzangst, platzfurcht)? Toutes les expressions empruntées au grec ou au latin sont désormais condamnées par l'auteur. A la suite de travaux intellectuels exagérés, d'une vie désordonnée, de troubles gastriques prolongés, on voit des individus pris subitement d'un sentiment d'angoisse ou de crainte, lorsqu'ils traversent une place, une église, un endroit désert, ou rempli par la foule ; ils deviennent incapables de remuer les membres, de détacher leurs pieds du sol. Cette impuissance tient bien plus à une disposition intellectuelle, qu'à une incapacité physique : en ralentissant la marche, en posant un pied l'un devant l'autre, on s'aperçoit que la force de diriger les mouvements subsiste. Cet état se distingue du vertige stomacal, du vertige épileptique, de l'hypochondrie, et peut s'accompagner de tremblement musculaire, de palpitations, de céphalalgie, de sensation de constriction à la base de la poitrine, d'alternatives de chaud et de froid, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, de faiblesse dans les extrémités inférieures. Tous ces symptômes reconnaissent pour cause un éréthisme, une surexcitation du système cérébro-spinal.

Dans les antécédents de ces malades, on n'a jamais noté d'attaques épileptiques ou épileptiformes, mais seulement des accidents nerveux chez leurs ascendants. Leur état physiologique était bon; tous menaient une existence exigeant un travail intellectuel exagéré. Un mode de traitement qui s'est toujours montré efficace a été l'hydrothérapie, et l'électricité par les courants continus. M. Krishaber a publié dans la gazette hebdomadaire un certain nombre

(1) Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, 1843.
(2) Delasiauve. Même journal, 1849.

d'observations réunies sous le titre de névrose cardiaque, qui présentent certains traits d'analogie avec les faits d'agoraphobie.

Donner un nom particulier à chaque phénomène ou bien encore le décrire comme un type isolé, c'est pousser les esprits dans une direction qui conduirait à une confusion très-regrettable pour la pathologie (1). BOUCHEREAU.

TRAVAUX A CONSULTER.

Délire mélancolique, consécutif à une fièvre intermittente ortiée, observation par E. CALMETTE. (*Gazette des hôpitaux*, 14 *décembre* 1872.)

Homme de 50 ans; sans aucun antécédent héréditaire, ayant eu dans sa jeunesse des manifestations de scrofule et de rachitisme; présente, en juillet 1871, des accès caractérisés par du frisson, de la fièvre, du délire, et une éruption abondante de plaques d'urticaire localisées principalement sur le front et les tempes et s'accompagnant d'un prurit intense. Ces accès se répètent journellement pendant trois jours et enfin disparaissent en laissant le malade en proie à un délire mélancolique, avec idées de suicide. Le malade entra à Bicêtre le 4 août 1871 où il semble en voie de guérison. A. J.

Cases in which mental derangement appeared in patients suffering from progressive muscular atrophy, par le Dr T. W. MAC DOWALD. (*Journ. of mental science, oct.* 1872.)

Dans cet article, le Dr Mac-Dowald rapporte deux cas, chez l'homme, l'atrophie musculaire progressive, occupant les membres supérieurs. Le premier malade présente pendant les huit derniers mois de sa vie, de l'excitation avec un délire ambitieux très-étendu, analogue à celui des paralytiques généraux à la première période : il se dit roi, dieu, maître du monde; il doit épouser la reine et mille autres femmes; il partagera ses biens avec tout son entourage; il fait princes tous ses amis, etc.

Dans cette observation où sont longuement exposés les symptômes intellectuels, on n'indique pas s'il existait des troubles du côté de la langue et des pupilles. L'autopsie, d'autre part, fait défaut. Il est regrettable que l'observation n'ait pas pu être complétée, et par suite que le diagnostic n'ait pas pu être posé d'une façon certaine. Nous pourrions rapprocher ce premier fait de deux cas, chez la femme, de paralysie générale avec atrophie musculaire progressive, qui ont été communiqués par M. Hanot à la Société de biologie dans la séance du 2 novembre 1872.

(1) Westphall : 1° Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. 2° Nachtag zu dem Aufsatze über « Agoraphobie. » (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, III. Band, 2. Heft,* 1872.) — Krishaber : Névrose cardiaque. (*Gazette hebdomadaire, juin* 1872.)

(Voir le *Mouvement médical* du 9 novembre 1872.) Le fait sera publié *in extenso* dans la *Gazette médicale* de 1873. L'une de ces deux paralytiques, dont l'autopsie a été faite, présentait un foyer de myélite dans les cornes antérieures au niveau du renflement cervical et du renflement lombaire; les cellules y étaient notablement altérées; on voyait de plus, par places, sur les cordons, en dehors de la substance grise, des traces manifestes de myélite interstitielle diffuse. Cette malade offrait de l'atrophie musculaire aux avant-bras et aux jambes.

Chez le second malade du Dr Dowald, atteint de syphilis, plusieurs années avant le développement de l'atrophie musculaire progressive, on voit survenir un délire mélancolique avec hallucinations et idées de persécution; le malade refuse de manger, se figure que sa sœur cherche à l'empoisonner; il veut se noyer. Retenu à l'asile depuis 1867, ce malade conserve le même délire; mais l'atrophie musculaire ayant fait des progrès, il est devenu incapable de se nourrir seul, et un infirmier doit porter les aliments à sa bouche.

— Nous ajouterons que les progrès accomplis de nos jours dans l'étude de l'atrophie musculaire progressive ont fixé d'une manière assez exacte le siége de la lésion qui préside à ce trouble trophique des muscles. Mais les cornes antérieures dans les portions de moelle correspondant aux groupes musculaires affectés, ne sont pas, dans certains cas, les seules portions atteintes; en outre des foyers de myélite limités à la substance grise, des lésions diffuses envahissent aussi les cordons de la moelle et plus particulièrement les cordons antérieurs. L'association de l'atrophie musculaire et de la paralysie générale trouve son explication dans la nature même de ces lésions, et il n'est pas douteux que de nouveaux faits ne viennent bientôt éclairer ce point intéressant des affections des centres nerveux. Quant à la relation entre la lésion de l'atrophie musculaire progressive et la cause matérielle des différents délires pouvant s'y associer, la science ne possède aucune base solide qui puisse servir de guide (1).

MAGNAN.

Ueber die Myelitis der Hinterstrange bei Geisteskranken (Sur la myélite des cordons postérieurs chez les aliénés), par RABENAU. (*Archiv für Psychiatrie, t. III, 3e partie,* 1872.)

Ce travail a pour objet d'établir que certaines formes d'aliénation distinctes de la paralysie générale peuvent se compliquer de myélite postérieure. — Dans les trois faits que l'auteur cite à l'appui de sa thèse, les lésions occupaient, à la région cervicale, les cordons de Goll; plus

(1) Bibliogr. Charcot et Joffroy : Deux cas d'athrophie musculaire avec lésions de la substance grise et des faisceaux autéro-latéraux de la moelle épinière, dans *Arch de physiol.*, 1869. — Hayem : Note sur un fait d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la moelle. (*Arch. de phys.*, 1869.) — Lockhart Clarke : On a case of muscular atrophy with disease of spinal cord and atrophy of nerve-cells. (*Medico chirurgical transactions*, 1867.) — Hallopeau : Contribution à l'étude de la sclérose diffuse péri-épeudymaire. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 1869.) — Hallopeau : Etude sur les myélites chroniques diffuses. (*Arch. gén. de méd.*, 1871.) — Roger et Damaschino : Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance. (*Gaz. méd.*, 14 *nov.* 1871.) — F. Jolly : Ueber multiple Hirnskleros. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, III. Band*, 1872.)

bas, le tissu morbide formait, de chaque côté, une mince bandelette placée au voisinage de la corne postérieure (1). Autant que l'on en peut juger par les détails incomplets que fournit l'auteur sur l'histoire clinique de ses malades, ces altérations n'auraient donné lieu qu'à des troubles fonctionnels peu caractéristiques; les phénomènes ataxiques, en particulier, et les douleurs toutes spéciales que l'on rencontre constamment dans cette forme de myélite auraient complétement fait défaut(?).

H. HALLOPEAU.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Catechismo di medicina mentale. (Catéchisme de médecine mentale.) Naples 1872, par Jules PORARO.

The causes of insanity, par J. HAWKES. (*Lancet*, 9 nov. 1872.)

Statistique des malades entrés, en 1870 et 1871, au bureau d'admission des aliénés de la Seine, par les Drs BOUCHEREAU et MAGNAN. (*Ann. médico-psych.*, novembre 1872.)

J. COXE. On the causes of insanity, and the means of checking its growth. (Des causes de la folie, et des moyens d'arrêter son accroissement.) (*Journal of mental science*, octobre 1872.)

The physiology and psychology of dreams par le Dr J. J. O'DÉA. (*Journal of psychological medicine*, octobre 1872.)

Clinical lectures on mental and cerebral diseases. Simple Melancholia, par le professeur J. Crichton BROWNE. (*British medical journal*, 12 et 19 octobre 1872.)

Étude clinique du délire des grandeurs en dehors de la paralysie générale, par le Dr H. TAGUET (*Ann. medico-psych.*, nov. 1872.)

W. FRELAND. On the classification and prognosis of idiocy. (*Journal of mental science*, octobre 1872.)

T. L. ROGERS. On the proposed abolition of seclusion. (*Journal of mental science*, octobre 1872.)

H. MAUDSLEY. An address on medical psychology. (*Journal of mental science*, octobre 1872, traduit par M. LORAIN et publié dans la *Revue scientifique* du 5 octobre 1872.)

Étude sur les hallucinations, TRONCHE. (*Thèse de Paris* 1872.)

Alcoolisme. Escroqueries. Ordonnance de non-lieu. Rapport médico-légal, par le Dr BULARD. (*Ann. med. psych.*, septembre 1872.)

(1) V. Pierret. Archives de physiologie normale et pathologique, 1872.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

ANALYSES.

Étude médico-légale sur la folie, par le prof. Amb. TARDIEU.

L'ouvrage de M. le professeur Tardieu est divisé en quatre parties. Dans une première partie, l'auteur après avoir rappelé les mesures légales applicables en France aux aliénés, expose les conditions dans lesquelles le médecin légiste intervient pour la constatation de l'état mental, soit dans les affaires civiles (capacité, interdiction, validité des actes), soit dans les affaires criminelles (responsabilité). Dans l'intérêt même de l'efficacité d'intervention du médecin légiste, M. Tardieu se déclare contraire à la doctrine de l'irresponsabilité absolue; pour lui, « il ne suffit pas « d'avoir été enfermé dans un établissement d'aliénés et atteint « d'une affection mentale passagère pour que tous les actes qui « seront ultérieurement commis, même après un très-long temps, « demeurent suspects et entachés de folie. » — La manière de procéder à l'examen, à l'interrogatoire des fous, forme la seconde section du livre. Ce sont des pages éminemment pratiques qui se recommandent d'elles-mêmes à l'attention du lecteur. — Puis, l'auteur passe à l'appréciation médico-légale de chaque genre de folie en particulier. Ici, abandonnant intentionnellement les classifications dogmatiques, pour se placer dans les conditions mêmes où opère le médecin légiste, M. Tardieu répartit les maladies mentales en trois groupes : 1° affections caractérisées par la faiblesse d'esprit : démence, idiotie, imbécillité, sourds-muets non éduqués, moribonds ; 2° affections avec impulsions instinctives : épileptiques, idiots et imbéciles, dégénérés, alcooliques, hypocondriaques, hystériques, femmes enceintes, en travail, récemment accouchées et nourrices ; 3° affections où les idées délirantes dominent la scène : maniaques, monomanes, lypémaniaques, persécutés, fous-paralytiques. Il est presque inutile de faire remarquer que, dans le premier groupe, se trouvent des états qui, sans appartenir à la folie, ont pourtant leur place marquée dans un livre tel que celui-ci. L'étude médico-légale de chaque genre d'aliénation est précédée d'un petit résumé symptomatologique. On distinguera certainement comme

nous, les pages consacrées à la folie hystérique et aux infanticides. — Vient enfin la folie simulée « pour les yeux du vulgaire, plus vraie que la folie réelle. » Le chapitre consacré à cette « folie théâtrale » est rempli de considérations d'une haute importance et sera souvent l'objet des méditations de maints praticiens embarrassés. — Mais nous n'avons rendu compte jusqu'ici que de la plus petite portion de l'œuvre de M. Tardieu. Dans une quatrième partie, qui n'est pas la moins intéressante, on trouve un choix de rapports et de consultations concernant les diverses formes d'aliénation mentale. L'auteur n'a eu qu'à puiser dans les matériaux surabondants que lui offrait sa position exceptionnelle, pour composer un recueil de documents dont la lecture épargnera beaucoup de soucis aux médecins experts, non spécialistes. Parfois, c'est l'aliéné lui-même, un ancien magistrat, qui expose son délire (obs. xv); plus loin, il s'agit d'un pauvre instituteur mexicain, venu à Paris, où il a supporté le siége et la Commune; il s'est fait chiffonnier pour vivre, et tue son jeune fils parce qu'au sein de sa profonde misère il est toujours obsédé de l'idée qu'on veut lui enlever son enfant. Le dernier rapport concerne un cas de folie simulée, qui indique assez à quelles difficultés le médecin légiste peut venir se heurter, et quelle patience et quels soins il doit mettre dans ses examens. Notons à ce propos que M. Tardieu s'élève hautement contre les épreuves auxquelles on a cru pouvoir, dans quelques cas, soumettre les simulateurs : les experts « n'ont le droit ni d'infliger une souffrance, ni de faire courir un danger, quelque considérables que soient les intérêts de la justice et de la vérité mis en cause. » — Aux consultations sont annexés un certain nombre de fac-simile d'écritures d'aliénés, élément important d'appréciation. La lettre VI est bien curieuse ; c'est celle d'un aliéné persécuté qui s'adresse à l'auteur pour le prier d'examiner du lait qu'il croit empoisonné. On ne peut qu'être frappé par la finesse des détails scrutés et interprétés par ce cerveau malade, et cette lecture fait assister à la naissance et à l'évolution des idées délirantes.

Jusqu'ici on était forcé de s'en tenir à l'ouvrage de Marc, qui remonte déjà à l'année 1840; n'est-ce pas dire qu'à côté de l'intérêt purement intrinsèque que présente l'*étude médico-légale sur la folie*, ce livre de M. Tardieu a un avantage de plus, l'à-propos? Ce sont deux qualités qui n'ont jamais fait défaut aux publications de l'auteur; écrites dans un style qui en rend la lecture encore plus attachante, elles se succèdent d'année en année, fouillant ici et là, mais toujours profondément et fructueusement, le champ immense de la médecine légale.

J. BEX.

On the scientific value of the legal tests of insanity (Sur la valeur scientifique des preuves légales de la folie), by J. R. REYNOLDS, professor of the principles and practice of medicine in University College, etc. (*Londres, J. et A. Churchill*, 1872.)

L'Angleterre, qui a déjà accompli de très-grands progrès au point de vue de la législation des aliénés, semble appelée à se maintenir au premier rang et à continuer à nous tracer la voie par ses utiles réformes. Les efforts des médecins tendent aujourd'hui à réclamer la création, pour toutes les affaires médico-légales, de jurys spéciaux dont la compétence mettrait à l'abri des erreurs encore trop fréquentes en pareille matière.

Les congrès de l'Association médicale britannique ont fourni l'occasion à plusieurs travaux importants de toucher à ce sujet; M. Reynolds s'y est appesanti dans le mémoire dont nous donnons une rapide analyse.

L'auteur se propose d'examiner la valeur scientifique des preuves légales de la folie et il fait remarquer dans son introduction combien est grand, sur ce terrain, le défaut d'entente entre les médecins et les gens de loi ; de part et d'autre on a sur la folie et les termes mêmes qui la désignent, sur ses causes, son mode d'apparition, ses symptômes, sa marche, des idées très-différentes. Tandis que les premiers appliquent à son étude la méthode sûre d'observation qu'ils emploient pour les autres maladies, les seconds ne jugent de la folie que par les notions vagues que leur suggère l'examen des gros actes criminels ou de la capacité dans les donations ; ce qui ne les empêche pas d'établir des lignes de démarcation bien tranchées, mais purement artificielles, en opposition avec la réalité et pleines de danger pour l'humanité et la justice.

Dans la première partie de son travail, l'auteur s'occupe de la doctrine légale de la folie en général. On a, dit-il, considéré comme une preuve caractéristique de folie, *la délusion*, qui, d'après Shelford, est la croyance dans des faits auxquels une personne raisonnable n'ajouterait pas foi (Léonard Shelford, *Practical treatise of the law concerning lunaties, idiots, and persons of unsound mind, 2nd edition, 1847)*. Mais l'aliéné peut ne pas avoir de *délusion*, et celle-ci est dans quelques circonstances à peine séparable des erreurs de jugement commises par des individus dont la sanité d'esprit est incontestable. Dans la mélancolie avec tendance au suicide, au début de l'affection, quand le malade se trouve dans un état général de dépression avec inquiétude vague et sentiment d'angoisse et de terreur inexprimables, il n'existe pas de *délusion*, malgré la présence bien certaine de la folie. Il en est de même pour la manie et pour les autres formes. La folie, dit l'auteur, est une maladie qui, à l'égal des autres maladies somatiques, présente une période prodromique, un développement graduel des symp-

tômes, dont la soudaineté n'est qu'apparente et dont l'enchaînement progressif des phénomènes n'échappe pas au médecin, qui peut ainsi se rendre compte de faits inexplicables pour les autres.

Dans la seconde partie, M. Reynolds apprécie les cas dans lesquels la folie est alléguée en faveur d'individus accusés de crimes. Sur ce point, le dogme légal, très-explicite, consiste dans la notion du juste et de l'injuste et dans la connaissance des conséquences d'un acte ou des actes. L'auteur cite plusieurs exemples qui servent à montrer combien cette doctrine légale est défectueuse, puisque la notion du juste et de l'injuste peut se trouver chez le fou, qui, dans certaines circonstances, est aussi en état d'apprécier les actes. Ce n'est point, dit-il, l'existence ou l'absence de la connaissance des actes qui est le signe de la sanité ou de l'insanité d'esprit, mais bien l'existence ou l'absence de la faculté d'agir ou de résister.

Dans la troisième partie du travail, est examinée la capacité intellectuelle chez les individus atteints de folie partielle. Ici encore, la doctrine légale offre des contradictions et des oppositions que l'auteur fait ressortir et qui lui paraissent devoir cesser seulement par les efforts, dans une entente commune, des hommes de loi et des médecins.

M. Reynolds résume les questions qui lui paraissent le plus dignes de fixer l'attention, dans les neuf propositions suivantes :

1° — Trouver une meilleure définition de la folie en général.

2° — Revoir et préciser les preuves de la folie : *a*) celles qui sont fondées sur l'existence de la *délusion ; b*) celles qui se rattachent à la notion du juste et de l'injuste et à la connaissance des conséquences des actes.

3° — Examiner, dans tous ses développements, la doctrine de la folie partielle et son degré de responsabilité.

4° — Déterminer la distinction entre la responsabilité en matière criminelle et la capacité en matière civile.

5° — Rechercher ce que l'on doit faire vis-à-vis de ceux qui, sans être fous, dans le sens vulgaire du mot, ont un état mental défectueux.

6° — Examiner ce que l'on peut faire à l'égard de ceux qui sont sur les limites de la folie, telle qu'elle est reconnue aujourd'hui.

7° — Déterminer ce qu'il faut faire dans les cas, à la fois civils et criminels, où la folie est alléguée comme plaidant l'innocence ou comme ayant mis obstacle à la manifestation du libre arbitre.

8° — Rechercher s'il est possible et désirable de se défaire du mode actuel d'investigation dans une cour de justice, c'est-à-dire d'appeler, des différents côtés, des experts compétents.

9° — Rechercher s'il est possible ou désirable de créer une cour ou une commission chargée de faire des rapports sur tous les cas

réclamant une enquête légale et se rapportant aux individus considérés comme aliénés (1). MAGNAN.

Experimentelle Beitræge zur Kenntniss der chemischen Eigenschaften und toxischen Wirkungen des Tabaksrauchs (Recherches expérimentales sur les propriétés chimiques et les actions toxiques de la fumée de tabac), par le Dr E. HEUBEL. (*Comm. préalable. Centralbl., oct.* 1872, *p.* 641.)

Les recherches chimiques faites dans ces derniers temps, et particulièrement celles de Vohl et Eulenburg (2), ont fait admettre que la fumée de tabac ne contient plus trace de nicotine. Dans le but de soumettre cette assertion à un examen critique, l'auteur, travaillant sous la direction de J. Rosenthal, a employé les moyens suivants :

Pour imiter l'action de fumer, il a fait usage d'un aspirateur ; et, pour obtenir une sorte de combinaison des gaz de la fumée de tabac, il s'est servi d'une méthode déjà utilisée par Zeise dans un but analogue. La fumée, après avoir traversé un appareil réfrigérent de Liebig où elle donnait lieu à un dépôt liquide, qui était recueilli dans un petit verre, était conduite à travers un tube à boules rempli d'eau distillée, puis dans un autre plein d'alcool, de là à travers un tube à boules recourbé en U et contenant de l'acide sulfurique étendu, et enfin (dans une des expériences) dans un autre tube rempli d'une solution de potasse.

Comme tabac mis en expérience, on a employé vingt-cinq cigares du Palatinat de qualité inférieure. Dans tous les cas, la moitié seulement de la fumée fournie par le tabac est restée condensée ou dissoute dans l'appareil.

La portion recueillie dans le condensateur était relativement peu abondante : 10 à 12 grammes pour vingt-cinq cigares brûlés. Elle consistait en un liquide brun qui avait tous les caractères du jus de tabac, un goût très-âcre, une réaction très-alcaline, et qui

(1) BIBLIOGRAPHIE : MARC. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, 1840.
A. DEVERGIE. *Médecine légale théorique et pratique*, 3e édition. Paris, 1852.
— Nombreux articles dans les *Annales d'hygiène.*
M. SACAZE, conseiller à la cour d'appel d'Amiens. *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité légale.* Paris 1850.
CASPER. *Traité pratique de médecine légale.* Paris, 1862.
RAY. *The medical jurisprudence on insanity.* Boston, 1861.
BISHOP. *Commentaries on the criminal law.* Boston, 1865.
TARDIEU. *Etude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872. (*Annal.*, plus haut.)
MITTERMAIER. Articles importants dans *Friederich's Blattern für gerichtsliche Anthropologie*, 1863, 1866, 1867.
MITTERMAIER. *Der deutschen Strafrechtsreitung*, 1862.
Voir aussi les *Annales médico-psychologiques* et les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (nombreux et utiles documents).

(2) *Vierteljahrsschrift f. gerichtl. und œffentl. Med., N. F., Bd. XIV*, 219 et *Centralbl.* 1871, 429, cité par l'auteur.

était recouvert à sa surface d'une couche oléagineuse. Les solutions aqueuse et alcoolique avaient des caractères analogues, une réaction très-fortement alcaline, mais une couleur plus claire ; la solution obtenue dans l'acide sulfurique étendu avait une couleur rouge-cerise sale.

L'étude de chacune de ces préparations a d'abord été faite au point de vue physiologique sur des grenouilles.

Dans quatre séries de recherches, ces animaux ont présenté des crampes avec attitude caractéristique des extrémités, et, peu à peu, une paralysie progressive des centres nerveux et des nerfs moteurs ; c'est-à-dire tous les symptômes de l'empoisonnement par la nicotine.

Les injections sous-cutanées, faites, avec les liquides obtenus, sur des cochons d'Inde et des lapins, ont également produit d'une manière évidente les symptômes de l'empoisonnement par la nicotine.

Les quantités de liquide nécessaires pour produire ces symptômes variaient avec chacun des produits. Le jus obtenu par condensation dans l'appareil de Liebig empoisonnait complétement des grenouilles de grosseur moyenne à la dose de 8 à 10 gouttes ; tandis qu'avec les autres préparations, il fallait $^1/_2$ —1^{cc} pour obtenir le même résultat.

Il restait encore à rechercher comment ces effets étaient conciliables avec la fluidité et l'instabilité bien connues de la nicotine et surtout avec sa faible résistance à une haute température.

Lorsqu'on fait évaporer jusqu'à siccité, au bain-marie, une solution aqueuse fraîchement préparée et parfaitement active de nicotine à 4-5 0/0 et qu'on redissout le résidu dans un peu d'eau, la solution ainsi obtenue est complétement sans action, la plus grande partie de la nicotine s'étant décomposée et l'autre partie détruite. On obtient un résultat tout différent avec la plupart des sels de nicotine.

Les solutions de tartrate, oxalate, sulfate à 1-2 0/0, traitées de la même manière perdent une quantité plus ou moins grande de nicotine, mais conservent encore une activité très-notable. Il en est de même pour les solutions de fumée étudiées précédemment. Ces préparations peuvent être également évaporées, soit jusqu'à siccité, soit jusqu'à consistance sirupeuse, sans perdre de leur activité d'une manière évidente.

Ces recherches conduisent l'auteur à regarder comme très-vraisemblable l'existence de la nicotine dans les feuilles de tabac, non sous forme d'alcaloïde libre, mais sous celle de malate et de citrate, et il pense que dans la fumée de tabac il y a peu ou point d'alcaloïde libre, mais des sels de nicotine.

Des analyses chimiques, faites dans le laboratoire de Gorup-Besanez, ont établi, de plus, que la fumée de tabac condensée qui constituait la préparation la plus active au point de vue physiolo-

gique, était aussi la plus riche en nicotine. Cependant, chaque solution contenait une quantité indubitable de nicotine, et on a constaté aussi que la plus grande partie était à l'état de sels.

L'auteur fera plus tard d'autres recherches pour déterminer si la fumée de tabac ne contient pas encore d'autres substances toxiques qui préexisteraient dans les feuilles de tabac ou se formeraient pendant leur combustion, et il rappelle que Vogel et Reischauer ont attribué une partie des effets de la fumée de tabac à la présence d'un composé de soufre et de cyanammonium.

Dans l'exposé des expériences précédentes, on regrette de ne pas trouver de renseignements sur la manière dont les cigares ont été brûlés ; on voudrait savoir aussi si l'observateur a tenu compte, dans ses essais physiologiques, de l'action de l'alcool ou de l'acide sulfurique sur les grenouilles; enfin, il aurait été intéressant de connaître le résultat précis des analyses chimiques.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber eine Blutprobe (Moyen de reconnaître la présence du sang), par FALK. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 2 *décembre* 1872.)

Dans une communication faite à la société médicale de Berlin le 23 octobre dernier, l'auteur propose un nouveau moyen de déceler la présence du sang dans des taches suspectes, moyen fondé sur les propriétés d'ozonisation du sang. Il s'agit d'une solution alcoolique de gaïac au sixième ; on en remplit le tiers d'une bouteille, de façon que celle-ci contienne encore de l'air, pour permettre au liquide de bleuir ; on plonge dans cette teinture une bande de papier non collé ; on étend sur ce papier la plus mince couche possible de sang dilué, après avoir laissé évaporer l'alcool. Suivant que le sang sera plus ou moins dilué, on verra le papier bleuir dans toute l'étendue occupée par la couche sanguine, ou seulement un liseré bleuâtre la circonscrivant. J. B.

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises médico-légales, par le Dr Jules OTTO, avec la collaboration du Dr Robert OTTO. — 2e *édition française, traduite par Strohl sur la* 2e *édition allemande, in-8o,* 150 *pages ; Paris, chez G. Masson,* 1872.

Après une courte introduction destinée aux règles générales qui s'appliquent à toutes les expertises, l'auteur consacre ses premières pages à la recherche du phosphore et du cyanogène, principalement à l'exposition détaillée des méthodes de Mitscherlich, de Blondlot et Durand, et de quelques procédés plus récents, mais fondés sur les mêmes principes. Les réactions de chacun de ces corps en particulier sont décrites avec soin, aussi

bien que celles qui servent à distinguer plusieurs mélanges soulevant des difficultés. Ainsi, pour reconnaître le cyanoferrure et le cyanure de potassium, on eut longtemps recours à un moyen fautif, fondé sur une réaction inexacte; mais, dans ces derniers temps, Dragendorff a donné un procédé à l'abri de tout reproche, qu'Otto rapporte et recommande.

Les chapitres suivants contiennent la réaction des principaux alcaloïdes à l'état pur, et avec les modifications que peut y apporter la présence de substances étrangères ; ce sujet délicat est traité avec la plus grande exactitude. Pour la recherche des poisons métalliques, l'auteur prouve que la matière organique doit toujours être détruite par un mélange d'acide chlorhydrique et de chlorate de potassium; il donne une marche simple pour arriver à reconnaître chaque corps en particulier. Enfin, dans les derniers chapitres, il montre le peu d'avantages que la dialyse a apportés à la chimie légale, et termine par l'examen des taches de sang.

Dans cette édition, publiée depuis la mort de son père, Robert Otto a réuni quelques nouvelles réactions d'analyse qualitative et décrit les améliorations apportées aux appareils anciennement employés ; il a particulièrement rapporté les travaux de Dragendorff, et, entre autres, sa méthode de séparation des alcaloïdes par l'emploi de divers dissolvants, expériences, d'ailleurs, résumées déjà dans son ouvrage, *Recherche chimico-légale des poisons*. Pétersbourg, 1868.

E. HARDY.

Report of three cases of poisoning by whiskey in children with remarks on alcoholism, par le Dr Paluel de MARMON. (*Extrait du Journal médical de New-York, décembre* 1870.)

Dans cet article, l'auteur passe en revue certains points déjà connus de l'histoire, des symptômes et du traitement de l'alcoolisme, en ajoutant, toutefois, des chiffres intéressants sur l'accroissement progressif des alcooliques en Amérique et plus particulièrement à New-York. De plus, le docteur Paluel de Marmon relate chez l'enfant trois cas d'ivresse grave, suivie de mort pour deux d'entre eux.

1re *Obs.* — Un garçon de cinq ans avale à 6 heures du matin un grand verre de whiskey; il présente 15 heures après, au moment de l'examen médical, les symptômes suivants: état comateux ; respiration stertoreuse, fréquente, 82 par minute; pouls plein, irrégulier, lent; température axillaire 93° ¼ F. (c'est-à-dire environ 34° 3/10 C.) ; insensibilité ; évacuations involontaires. Les accidents s'aggravent et l'enfant meurt 19 heures après l'injection du poison.

2e *Obs.* — Une fille de cinq ans prend à 4 heures du soir un grand verre de whiskey et de bière; elle a deux vomissements une heure après et présente au bout de deux heures les symptômes suivants: hypéresthésie de la peau, surtout aux jambes qui sont froides ; anesthésie de la cornée qui est vitreuse ; respiration à 80 par minute, exhalant une odeur alcoolique; température axillaire à 94° F. (c'est-à-dire environ 34° 6/10 C.); pouls 60; évacuations involontaires. Cinq heures et demie après, les mêmes accidents persistent encore, mais ne tardent pas à s'amender et le lendemain la guérison est complète.

On a eu recours à l'acétate d'ammoniaque en lavements et par la bouche.

3e *Obs.* — Un garçon de huit ans avale à 8 heures une dose de whiskey dont on ne peut préciser ni la qualité ni la quantité; il est dans une ivresse profonde six heures et demie après et il meurt au bout de vingt-une heures.

A l'autopsie, on trouve une congestion du poumon, du foie, des reins; les cavités droites du cœur sont distendues par des caillots noirâtres, résistants, et le sang exhale l'odeur du whiskey.

L'ivresse chez l'enfant se présente, comme on le voit, avec des symptômes analogues à ceux que l'on observe chez l'adulte (état comateux, anesthésie, abaissement notable de la température, ralentissement du pouls, etc.), mais, toutefois, avec des caractères plus accusés de gravité.

M. Paluel de Marmon fait remarquer la fréquence relative des cas de ce genre, puisqu'il a pu recueillir, en un an, trois observations sur un théâtre assez restreint, sans compter un quatrième cas relatif à un garçon de douze ans, qu'il avait ramassé sur le bord d'un chemin dans un état complet d'ivresse.

L'auteur insiste encore dans son travail sur le nombre considérable de femmes se livrant aux excès de boissons.

MAGNAN.

Case of poisoning by aconite; death; necropsy, par H. THOMPSON. (*Brit. med. Journ.*, 25 *nov.* 1872.)

Cas très-intéressant, conforme dans sa manière d'être aux recherches de Péreira, d'Headland, de Fleming et autres.

Contrairement à ce que l'on a observé chez les animaux inférieurs qui meurent asphyxiés, ici la syncope a terminé la scène. Les pupilles, que Headland a trouvées dilatées dans les cas qu'il a observés, présentaient cet état chez le malade sujet de cette observation. On a noté des battements tumultueux du cœur, beaucoup d'anxiété et d'agitation. La face était cyanosée, le corps froid et visqueux, la déglutition était impossible, l'articulation des sons très-pénible. Le délire survint vers la fin. Le cœur, qui battait violemment depuis le commencement, s'arrêta tout d'un coup et le malade succomba trois heures après le début des accidents.

Autopsie. — Poumons congestionnés. Cavités du cœur remplies de sang noir et fluide; à droite, quelques caillots. Le ventricule gauche était rigide. Le foie était congestionné, l'estomac était vide, la muqueuse était rouge partout et ecchymosée vers le cardia, un mucus jaunâtre et filant la recouvrait. La rate était assez ferme et congestionnée, les reins de même. Les sinus de la dure-mère et les veines encéphaliques étaient gorgées de sang noirâtre. La substance cérébrale était normale.

A. G.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Médecine légale.

Précis de chimie légale. Guide pour la recherche des poisons, l'examen des armes à feu, l'analyse des cendres, l'altération des écritures, des monnaies, des alliages, des denrées, et la détermination des taches dans les expertises médico-légales, par A. NAQUET, avec figures dans le texte, un vol. in-12, 191 pages. Paris 1872.

Ueber ein neues Reagent auf Blut und Anwendung desselben in der forensischen Chemie. SONNENSCHEIN (*Vierteljahrsschrift f. gericht. Med.*, octobre 1872, p. 263.)

Débuts de la médecine légale en Europe comme institution pratique et comme science, par M. ORTOLAN, professeur à la Faculté de droit de Paris. (*Revue de la législation française et étrangère*, 1872, et *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre de la même année.)

Mémoire sur la question médico-légale de l'identité considérée au point de vue des erreurs que peuvent entraîner dans l'état civil de la personne les vices de conformation sexuelle, par M. Ambroise TARDIEU. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1872, pages 149 et 384.)

Étude sur l'état psychologique des criminels, par le Dr P. DESPINE. (*Ann. médico-psych.*, nov. 1872.)

Epilepsy and its relations to insanity, and cases of doubtful responsibility before judicial tribunals, with remarks on expert testimony, par le Dr A.-O. KELLOGG. (*Journal of psychological medicine*, octobre 1872.)

Gutachten der K. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, betreffend die Terminologie bei Geisteskrankheiten (Rapport de la commission médicale touchant la terminologie des affections mentales). SKRZECZKA, 1er rapporteur. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œffentliches Sanitætswesen*, octobre 1872, p. 209.)

Bemerkungen zu § 224 des Deutschen Strafgesetzbuches (Commentaires du § 224 du nouveau Code pénal allemand. Professeur SKRZECZKA. (*Viertelj.*, id., id., p. 249.)

Die Stellung der Aerzte zu den Lebens-Versicherungs-Anstalten (Situation des médecins à l'égard des institutions d'assurances sur la vie). — Deux articles, l'un d'un directeur de banque, G. HOPF; l'autre, du docteur OLDENDORF, (*Vierteljahrs.*, id., id.).

Le fratture del cranio e la commozione cerebrale nei loro rapporti colla medicina forense (Les fractures du crâne et la commotion cérébrale dans ses rapports avec la médecine légale). Mémoire lu à l'Ac. des sc. de l'institut de Bologne, 2 mai 1872, par le professeur P. LORETA. (Compte rendu in *Bulletino delle scienze mediche de Bologne*, fasc. juillet 1872.)

Ob Gehirnerschütterung oder Hirnschlagfluss (Commotion cérébrale ou apoplexie)? DORIEN, rapport médico-légal. (*Vierteljahrs*, id., id., page 267.)

Médecine légale; traumatisme oculaire. Observation et réflexions par le Dr G. SONS. (*Bordeaux médical*, n° 39.)

Der Werth der mikroskopischen Untersuchung für das Auffinden der Trichinen im Schweinefleisch (Valeur de l'examen microscopique pour déceler la présence des trichines dans la viande de porc). Rapport médico-légal du professeur LIMAN. (*Vierteljahrsschr. f. gericht. Med.*, oct. 1872, p. 281.)

Toxicologie.

Acétate de baryte livré sous le nom de sulfovinate de soude; empoisonnement; mort; par le Dr LAGARDE, Verdun. (*Union médicale*, 5 oct. 1872, p. 537.)

Intoxication arsénicale externe. Intensité et rapidité anomales. Observation par M. le Dr FERRAND, médecin des hôpitaux. (*Union médicale*, n° 139, 23 nov. 1872, p. 797.)

Poisoning by the trumes of carbolic acide recovery, par UNTHANK. (*Brit. med. journ.*, 23 nov. 1872.)

Toxicological cases by Thomas STEVENSON (*Guy's hosp.* rep., p. 223, 1872.) Empoisonnement par l'acide nitrique, empoisonnement par l'ammoniaque, empoisonnement par l'atropine, empoisonnement par les champignons.

Poisoned wounds from the bite of the snake and tarantula and the sting of the scorpion and centipede (Des plaies venimeuses dues à la morsure du serpent et de la tarentule et à la piqûre du scorpion et du scolopendre), par James S. BAILEY. (*Médical record.*, 1er oct. 1872, p. 413.)

The thanatophidia of India, being a description of the venimous snakes of the indian peninsula, with an account of the influence of their poison on life; and a series of experiments (Les serpents venimeux de l'Inde, action de leur venin sur la vie, expériences), by FAYRER, Londres, 1872.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE

ANALYSES.

Traitement de la pleurésie.

La pleurésie purulente et son traitement, par le Dr E. MOUTARD-MARTIN. — *Paris; Delahaye*, 1872.

De l'empyème vrai, par le prof. Guido BACCELLI; leçons de clin. méd. faites à l'hôpital San Spirito, traduites par Louis Jullien. — 2e *fasc.; Paris*, 1872.

Clinique sur les pleurésies à épanchements modérés: thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration; appareils divers, par M. BÉHIER; recueillie par MM. LIOUVILLE et LANDRIEUX. (*Gaz. des hôp.*, 2, 5, 7, 12 *nov.* 1872.)

Note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie et les indications qui en ressortent au point de vue de la thoracentèse, par le Dr BROUARDEL. (*Un. méd.*, 1er *oct.* 1872, *p.* 510.)

Note sur la thoracentèse, lue à la Soc. méd. des hôp. le 27 juin 1872, par le Dr FÉRÉOL. (*Un. méd.*, *oct.* 1872, *p.* 545.)

Société médicale des hôpitaux; comptes rendus. (*Un. méd.*, *oct.*, *nov. et déc.* 1872, *p.* 553, 598, 665, 745, 781.)

Le traitement de la pleurésie, des épanchements pleuraux purulents ou séreux est une question toute d'actualité et d'un extrême intérêt. On sait, en effet, combien de discussions a suscitées la thoracentèse au sein des sociétés savantes, combien de discours et de traités ont été publiés sur l'excellence des divers moyens employés pour retirer de la cavité pleurale les liquides qui peuvent s'y produire. Sans remonter aux discussions qui ont eu lieu sur ce

sujet à l'Académie de médecine, nous allons essayer de présenter un résumé des travaux les plus considérables qui ont paru sur cette question, depuis le 1er octobre de cette année.

M. Moutard-Martin a publié sur la pleurésie purulente un ouvrage d'une grande importance pratique. Il est divisé en six parties.

L'auteur dans le Ier chapitre donne quelques définitions classiques. Il admet les épanchements purulents pleuraux d'emblée dans certaines conditions, l'état puerpéral, les fièvres pyogéniques ; mais il pense que dans la majorité des cas le liquide est primitivement séreux.

Le second chapitre est destiné aux causes. Les causes traumatiques sont certaines, mais l'auteur ne traite pas cette partie du sujet. La perforation d'une caverne, l'introduction dans la plèvre du pus d'un abcès froid, certaines lésions de voisinage sont encore des causes directes. Mais il est plus difficile de rendre compte du motif qui détermine la purulence de la pleurésie dans les fièvres éruptives, l'état puerpéral, la fièvre typhoïde, chez les individus affectés de grands traumatismes, les surmenés, les ivrognes, les scrofuleux. Les tubercules ne causent guère de pleurésie purulente que dans le cas de rupture de cavernes. Dans les cas d'épanchements d'abord séreux, puis ne devenant purulents qu'au bout d'un temps assez long, la cause doit en être cherchée dans une imprudence, ou une modification dans l'état général du malade. L'introduction de l'air dans la plèvre n'aurait aucun effet, d'après M. Matice ; cependant, M. Moutard-Martin n'oserait être aussi affirmatif.

Dans le chapitre de l'anatomie pathologique, l'auteur montre qu'il y a des degrés dans la purulence de l'épanchement, et que si un épanchement paraît d'abord séreux, puis purulent, il ne faut pas en accuser la thoracentèse, mais que, dans ces cas, le premier liquide, quoique en apparence séreux, contenait réellement du pus. L'obs. Ire vient à l'appui de cette assertion. — Les fausses membranes sont un des principaux agents producteurs des accidents de l'infection putride lorsqu'il existe une communication avec l'air extérieur et qu'elles participent à la putréfaction du pus. L'inflammation qui leur donne naissance atteint aussi le tissu sous-pleural et le tissu cellulaire interlobulaire du poumon ; il en résulte cet état particulier appelé par M. Brouardel pneumonie interstitielle. M. Moutard-Martin ne croit pas que l'importance de cette lésion soit aussi considérable que le pense M. Brouardel. Dans quelques cas de pleurésie circonscrite, les adhérences établissent des compartiments qu'il faut ouvrir séparément pour donner issue au pus, ce qui rend ces cas extrêmement graves. L'obs. III en est un exemple.

A propos des fistules broncho-pleurales, l'auteur indique une disposition des fausses membranes qui permet à l'air d'entrer dans

la plèvre, mais non d'en sortir ; la dyspnée excessive, la distension du thorax sont calmées par la thoracentèse qui évacue les gaz en même temps que les liquides. Quant à la question de la production spontanée de gaz dans la pleurésie purulente, les faits observés par l'auteur ne lui permettent pas de formuler une opinion arrêtée ; mais il rend compte des faits antérieurs qui ont rapport avec la question. — Ce chapitre contient une obs. fort intéressante de pleurésie purulente causée par la rupture d'un kyste hydatique du foie dans la plèvre.

Le chapitre IV est destiné à l'étude des signes et du diagnostic. Lorsque l'épanchement purulent est contenu dans une cavité absolument close, les signes en sont les mêmes que ceux d'un épanchement séreux. L'œdème de la paroi thoracique limité au côté malade vers le bord de l'omoplate a seul une grande valeur ; les symptômes généraux sont souvent aussi les mêmes ; mais il faut bien distinguer deux formes dans la maladie : la forme aiguë qui en 4 ou 5 semaines amène la mort, si le pus n'est pas évacué ; la forme chronique qui dure plusieurs mois. Dans ce dernier cas, on peut voir se produire un œdème généralisé énorme sans albuminurie.

Le diagnostic de la forme aiguë est d'une grande difficulté. Si l'œdème limité manque, la ponction exploratrice peut seule permettre de le poser. Dans la forme chronique, les vomiques, les fistules thoraciques extérieures spontanées, les ponctions sont les seuls moyens certains du diagnostic. Malgré une étude fort minutieuse et approfondie de tous les signes et symptômes des épanchements purulents chroniques, M. Moutard-Martin ne semble se fier qu'à ces trois seuls phénomènes primitifs.

Le chapitre V (terminaisons) renferme une observation d'une importance extrême de pleurésie reconnue purulente par la ponction exploratrice, et guérissant sans fistule et sans thoracentèse. La fistule bronchique permet assez souvent la guérison spontanée ; il en est de même de la fistule extérieure. Mais la mort est la règle presque absolue si le pus n'est pas évacué spontanément ou par l'intervention du médecin.

Le chapitre VI, du Traitement, est le plus important de cet ouvrage. Le traitement médical ne comporte que quelques préceptes généraux, ceux de soutenir les forces du malade et de laver la cavité pleurale le plus souvent possible. Le traitement chirurgical présente deux séries d'opérations : la 1re comprend celles qui se bornent à évacuer le pus ; la 2e, celles qui ont pour but de conserver au pus une issue facile après l'évacuation. L'auteur expose le manuel opératoire de chaque opération, en discute les avantages et les inconvénients. — 1re série. — Thoracocentèse sous-cutanée, soit avec le trocart ordinaire, soit avec les instruments aspirateurs. L'auteur cite deux cas de guérisons consécutives à des ponctions simples ; il préfère cependant l'appareil aspirateur de Potain à toute

autre méthode rentrant dans cette série. — 2e série. — Celle-ci comprend les tubes à drainage, le siphon de Potain, l'empyème. Pour M. Moutard-Martin, le siphon de Potain est le meilleur des appareils à employer pour pratiquer des lavages fréquents et efficaces de la plèvre ; cependant, ces méthodes sont encore souvent insuffisantes pour évacuer au dehors les grumeaux de pus, les fausses membranes épaisses, les débris de toute nature qui dans quelques cas obstruent tous les appareils connus. C'est alors qu'il faut recourir à l'empyème. Tous les détails de l'opération sont réglés avec le plus grand soin. En principe, M. Moutard-Martin fait dans le 8e espace intercostal une incision de 6 cent. et pénètre dans la plèvre en un second temps : il adapte à cette ouverture le siphon de Potain et pratique des lavages avec l'eau alcoolisée et légèrement phéniquée.

Pour l'auteur, l'opération de l'empyème doit toujours être précédée de tentatives à l'aide des instruments aspirateurs et irrigateurs ; elle est absolument nécessaire dans les cas où le pus fait saillie par un espace intercostal, et dans quelques cas de fistules pleuro-bronchiques chez des gens non tuberculeux. Il ne faut jamais opérer les tuberculeux. Ces préceptes si simples ont pour appui 17 opérations qui ont donné 12 succès ; l'auteur considère, à juste titre, comme guéris 5 malades qui ont conservé de petites fistules pleurales.

A la suite de l'opération, il faut exécuter les lavages désinfectants les plus multipliés ; ils suffisent souvent à arrêter la marche d'accidents graves.

Ce chapitre renferme quelques observations intéressantes ayant rapport aux divers cas énumérés par l'auteur.

Le chapitre VII se rapporte au traitement des fistules. En règle générale, il ne faut pas chercher trop longtemps à guérir une petite fistule fournissant un pus de bonne nature et en petite quantité. Si le pus devient fétide, il faut introduire un siphon de Potain.

Le chapitre VIII est un résumé de tout l'ouvrage ; nous n'en donnons ici que les points principaux. — Le diagnostic de la pleurésie purulente a acquis un degré de certitude presque complète par la thoracocentèse. Quoique cette maladie puisse guérir quelquefois spontanément, le pus se vidant par les bronches ou la peau, le plus souvent il faut agir chirurgicalement. — Si les thoracocentèses répétées sont insuffisantes, il faut recourir au drainage et au siphon ; si ces moyens n'amènent pas la guérison, il faut pratiquer l'empyème. — Si après la thoracocentèse on s'aperçoit que le liquide contient des matières solides plus ou moins denses et volumineuses, recourir à l'empyème de suite, sans fatiguer le malade par d'autres moyens.

A la suite de ce chapitre, M. Moutard-Martin rapporte les observations qui ont servi de base à ses opinions sur l'empyème ; il

donne les plus grands détails sur les faits qui ont été suivis d'insuccès, en invitant les médecins à suivre son exemple, convaincu que les observations d'insuccès sont au moins aussi utiles à la science que les observations de faits heureux.

Nous n'avons pas cru devoir scinder cette analyse pour y intercaler les opinions de divers auteurs sur certains points controversés, sur lesquels M. Moutard-Martin a un sentiment contraire ou différent. Mais, avant de passer en revue les questions qui ont été l'objet de discussions, nous allons mettre sous les yeux du lecteur une courte analyse de l'ouvrage de Guido Baccelli. Son sujet est plus restreint que celui de M. Moutard-Martin, mais on verra que ces deux savants praticiens, à part quelques divergences de détail, formulent les mêmes indications pour le traitement des collections purulentes graves de la plèvre et qu'on peut résumer ainsi : donner une large issue au pus, laver la plèvre le plus fréquemment possible.

En se fondant sur l'étude des divers processus des inflammations pleurales, Guido Baccelli établit des distinctions entre l'hydrothorax, l'hydropyothorax, le pyothorax et l'empyème.

Il réserve ce dernier terme « au fait de la génération spéciale du pus opérée par un processus chronique interstitiel ou enchymateux; par une prolifération excessive et incessante, avec cette particularité constante que l'épanchement est renfermé dans un sac clos, à parois plus ou moins denses, ayant une tendance à s'épaissir et offrant une surface limitante variable selon la durée et l'intensité du processus, polie ou rugueuse, resplendissante ou pigmentée, cette membrane possédant peu ou point de vaisseaux entoplastiques, mais étant le siége d'une violente hypergenèse vasculaire à tergo. »

Après avoir montré par des observations intéressantes les caractères anatomiques spéciaux de l'empyème vrai et les éléments cliniques de son diagnostic, l'auteur résume ainsi les préceptes thérapeutiques qui lui ont permis d'obtenir de très-beaux succès :

1° — L'empyème véritable, suite de pleurite, est toujours contenu dans un espace clos, limité par la séreuse épaissie dont l'épithélium prolifère; cette membrane doit conserver le nom de *membrane pyogénique*.

2° — On doit pratiquer la thoracenthèse dans le point le plus déclive de l'empyème; c'est là le grand secret des guérisons; la permanence d'un cul-de-sac, à moins de contre-ouvertures toujours difficiles à pratiquer, peut être une cause de mort.

3° — Il faut maintenir à demeure une large canule métallique et attendre la formation des bords calleux du pertuis avant de passer au drainage. (L'auteur entend ici par drainage l'emploi d'une sonde molle laissée à demeure.)

4° — Il faut modifier la cavité suppurante avec le nitrate d'argent

dissous dans une décoction de camomille romaine et qu'on laisse séjourner vingt-quatre heures dans la cavité. Il serait illusoire de se servir de teinture d'iode dans un empyème vrai.

5° — Il n'y a jamais rien à craindre de l'entrée de l'air dans la cavité d'un empyème vrai.

6° — Un liquide décomposé existant dans la cavité d'un empyème ne peut avoir sur l'organisme aucun retentissement défavorable, à cause de l'épaisseur des parois, lesquelles sont dénuées de vaisseaux entoplastiques ayant quelque activité.

7° — On doit toujours se servir d'un gros trocart. Il est extrêmement dangereux de pratiquer des incisions au bistouri, à cause de la possibilité d'infiltration purulente. Si l'on arrive à sauver son malade à l'aide d'une semblable pratique, il reste de larges cicatrices qui déforment les espaces intercostaux et rendent leur retour à l'état normal bien difficile.

8° — Les injections de nitrate d'argent doivent se faire avec des doses croissantes ; il faut, avant de les cesser, attendre la chute d'abondants détritus qui proviennent des modifications profondes subies par la membrane pyogénique.

9° — Il faut recommander instamment au malade la gymnastique du poumon.

10° — Dès que la fièvre est tombée, on pourra lui permettre une nourriture substantielle : viandes rôties et saignantes, vins généreux, gélatine, huile de foie de morue, quina, lait ; se défier du fer !

— Nous avons vu que M. Moutard-Martin n'admet pas que la ponction, même répétée, puisse, à elle seule, causer la purulence ; cependant, dans les discussions qui ont eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, nous voyons MM. Bucquoy, Chauffard, Bourdon, présenter des cas de pleurésies simples devenant purulentes après une première thoracentèse. M. Chauffard demande s'il ne serait pas permis de rapporter ces faits de purulence à l'épidémie de fièvres puerpérales et d'érysipèles qui régnait cet été. M. Cornil, à ce sujet, lit une note qu'il termine en disant que la purulence de l'épanchement n'est autre chose que l'exagération d'un état qui existe dans tout épanchement séreux inflammatoire. Les causes les plus certaines de cette transformation sont l'existence d'une inflammation, d'un petit phlegmon au niveau de la piqûre du trocart, un noyau de suppuration dans le poumon, l'état cachectique, l'état puerpéral, le voisinage de blessés ou de nouvelles accouchées. Dans tout épanchement on trouve, en effet, des leucocytes, et ce qu'on appelle la purulence de l'épanchement n'est autre chose que l'augmentation du nombre de ces éléments.

M. Brouardel, dans une note spéciale, fait remarquer la possibilité d'une hémorrhagie à la fin de la thoracentèse pratiquée par les

appareils aspirateurs, alors peut-être que l'épuisement du liquide a été poussé trop loin, et réclame de nouvelles recherches sur la gravité réelle ou prétendue de ces hémorrhagies intra-pleurales. Peut-être ces hémorrhagies peuvent causer la purulence. Il a observé la formation très-rapide, dans certaines pleurésies, d'une pneumonie interstitielle, qui, aidée des fausses membranes, réduit le volume du poumon et met obstacle à son expansibilité ultérieure : d'où l'importance de pratiquer des thoracentèses précoces et le danger des thoracentèses tardives.

M. Féréol répond à M. Brouardel que la succion produite sur les fausses membranes par les appareils aspirateurs ne lui semble pas devoir produire la purulence de l'épanchement. Il rappelle les opinions semblables de MM. Raynaud et Potain. Ce dernier pense que l'hémorrhagie, à la suite de la thoracenthèse, n'est dangereuse que si le liquide est primitivement purulent. Quant à la pneumonie interstitielle, MM. Féréol et Moutard-Martin la croient très-rare, et M. Bourdon cite deux cas dans lesquels la ponction a été faite très-tard, ce qui n'a pas empêché le poumon de se dilater complétement. Le retrait du poumon, qu'on observe à la suite de quelques pleurésies, semble tenir surtout à la production de fausses membranes fibreuses, rétractiles.

La question de l'époque à laquelle on doit pratiquer la ponction a suscité des réponses diverses : MM. Brouardel, Moutard-Martin font des thoracentèses au quatrième, sixième jour d'un épanchement abondant et rapide. (Il s'agit ici exclusivement des pleurésies séreuses.) Ce dernier auteur cite les recherches de M. Méhu sur l'analyse chimique des épanchements pleurétiques : si un liquide contient beaucoup de matière coagulable, il ne devient jamais purulent ; mais il le devient si la proportion diminue ; par conséquent, il convient de faire la thoracentèse de bonne heure, puisqu'à cette époque le liquide est bien plus facilement coagulable. Cependant M. Woillez ne fait guère de ponction avant le onzième jour, et M. Marrotte jamais avant le vingt-cinquième.

Quant à la question de savoir dans quels cas on doit pratiquer la thoracentèse pour une pleurésie simple, la plupart des médecins l'étendent au plus grand nombre des cas. M. Féréol, cependant, demande qu'on fasse des exceptions, et surtout pour ces cas où l'épanchement peu abondant se reproduit avec ténacité et dans les mêmes limites, cas dans lesquels M. Potain fait des ponctions multipliées. M. Féréol pense que ce n'est pas la peine d'enlever un liquide qui se reproduit de suite, et voit un véritable danger dans ces saignées blanches successives qu'on impose au malade. On sait que M. Bucquoy s'abstient aussi des ponctions dans ces épanchements observés dans certaines grippes et qui disparaissent d'eux-mêmes avec la plus grande facilité.

Cependant, M. Béhier étendrait, au contraire, le nombre des cas

où la ponction est utile. Dans sa clinique, le professeur conclut à l'innocuité absolue de l'opération de la thoracentèse bien faite; il propose de faire cette opération vers le huitième ou neuvième jour, même dans les petits épanchements, et préconise pour l'instrumentation les appareils à trocarts capillaires et à aspiration. Cette publication renferme trois observations de pleurésies traitées de la sorte et qu'on lira avec intérêt.

On peut voir, par cette analyse rapide, que, si la plupart des auteurs sont d'accord sur le traitement de la pleurésie purulente, il n'en est plus de même pour le traitement de la pleurésie séreuse. C'est qu'en effet, cette dernière maladie n'est pas toujours identique à elle-même; tantôt elle est un simple accident, tantôt elle est sous la dépendance de la grippe ou du rhumatisme. On conçoit facilement que ces différentes formes, modifiées encore par le terrain où elles se produisent, ont des marches différentes et demandent des traitements variés. J. CAZALIS.

Contributions to the therapeutic of Diabetes Mellitus (Contribution à la thérapeutique du diabète sucré), par Balthazar FOSTER. (*British and Foreign medico-chirurgical Review*, 1872, *p.* 487.)

Les conclusions de ce travail sont fondées sur l'étude de onze cas de diabète sucré. Les expériences ont porté sur :

Le peroxyde d'hydrogène, l'extrait liquide de seigle ergoté, les sels de potasse, l'opium, l'acide lactique.

Le peroxyde d'hydrogène fut donné dans deux cas. Il ne fit pas diminuer l'excrétion du sucre, ou du moins il n'eut qu'une influence négligeable. Dans un cas, la quantité du sucre et de l'urine tombèrent à la vérité, mais il y eut simultanément des sueurs profuses très-chargées de matière sucrée.

L'extrait liquide de seigle ergoté fut administré dans quatre cas dont l'un était compliqué de lésions étendues des reins et des poumons. On se proposait de diminuer par son emploi la congestion des viscères abdominaux. Les effets observés furent une diminution dans la quantité de l'urine et un abaissement léger de l'excrétion du sucre et de la densité spécifique du liquide urinaire.

Un des malades précédents fut ensuite traité par les sels de potasse (bicarbonate et citrate). Ils se montrèrent absolument impuissants à modérer la quantité de l'urine et la production du sucre. Dans d'autres cas les alcalis ont été employés sans plus d'avantage.

L'opium administré au même malade après les sels de potasse produisit une diminution dans la quantité de l'urine et dans l'excré-

tion du sucre, sans modification de la densité. Dans ce cas comme dans d'autres traités par le même médicament, il se manifesta une amélioration que ne pouvait expliquer la faible diminution du sucre, et qui paraît dépendre d'une influence modératrice de l'opium sur l'excrétion de l'urée. En moins de dix jours le chiffre de l'urée s'abaissa d'environ 6 grammes par 24 heures; et néanmoins dans ce cas l'opium n'a pas agi à beaucoup près avec autant d'efficacité que dans d'autres.

Dans deux cas on donna simultanément le bromure de potassium et la teinture de perchlorure de fer. Cette association, plus avantageuse que l'emploi du bromure seul, ne semble véritablement utile que dans les cas légers. Dans ces conditions elle paraît diminuer la quantité de l'urine et surtout la sensation de la faim.

L'acide lactique a été donné dans quatre cas, et une fois combiné avec l'usage du lait écrémé. De ces quatre cas, trois furent traités par l'acide lactique à petite dose sans dépasser deux drachmes par jour. Deux fois on vit se produire des symptômes de rhumatisme, la quantité de l'urine tomba, sa densité ne se modifia pas sensiblement, mais le sucre baissa considérablement, et une amélioration réelle se manifesta. Dans le troisième, la quantité du sucre ne fut pas déterminée, mais il y eut une diminution du chiffre de l'urine sans symptômes de rhumatisme.

Le quatrième malade fut traité par l'acide lactique à la dose de trois onces par jour. Il n'y eut pas de symptômes de rhumatisme, l'urine diminua de quantité, sa densité ne se modifia guère et le chiffre du sucre s'abaissa légèrement pour remonter de nouveau quand on discontinuait l'emploi de l'acide. Dans tous ces cas sauf un, les fonctions de la peau se rétablirent sous l'influence de l'acide, la soif n'était pas notablement diminuée, l'appétit était plutôt augmenté.

Dans les formes légères de diabète, l'emploi de l'acide lactique combiné avec le régime du lait écrémé a présenté des avantages.

Son mérite principal, quand on le compare au régime qui exclut toute matière amylacée, est la commodité de son emploi.

DANLOS.

Strychnine, chloroforme et chloral.

De la strychnine considérée comme antidote du chloral, par M. ORÉ. (*Journ. de pharmacie et de chimie, oct.* 1872.)

On sait que le chloral se dédouble, au contact du bicarbonate de soude contenu dans le sang, en chloroforme et en formiate de soude (Personne) (1). Liebreich l'avait déjà admis, sans donner tou-

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, t. XI, 1870.

tefois la démonstration de ce dédoublement, et on sait de plus que le formiate de soude est brûlé dans l'organisme et transformé en bicarbonate (Rabuteau) (1), de sorte qu'après l'administration du chloral il ne se trouve à un moment donné dans l'économie que du chloroforme.

Liebreich ayant annoncé que la strychnine était l'antagoniste du chloral et que le chloral était l'antagoniste de la strychnine, de sorte qu'il y aurait opposition complète entre les effets de ces deux substances, Arnauld (2) fit des expériences qui infirmèrent la première partie de la proposition émise par Liebreich. En effet Arnauld conclut de ses expériences, faites sur les lapins, que la strychnine ne produit pas de convulsions chez ces animaux tant qu'ils sont sous l'influence du chloral, tandis que les convulsions cessent sous l'influence du chloral pour reparaître dès que le nouvel hypnotique perd ses effets. En un mot, le chloral suspend momentanément l'action de la strychnine, qui n'influencerait nullement le chloral.

M. Oré s'est occupé surtout d'une question, celle de savoir si la strychnine était l'antidote du chloral.

Les conclusions des recherches dont cet expérimentateur a fait l'objet de communications à l'Académie des sciences (1872) sont les suivantes :

1° — La dose de 4 grammes de chloral injectée dans le tissu cellulaire est fatalement mortelle pour des lapins du poids de 2 kilogrammes. Il en est de même de la dose de 2 grammes pour des lapins pesant moins de 1 kilogramme.

2° — Si, lorsque les effets produits par cette injection de chloral se sont franchement manifestés, on essaye de les combattre et de les arrêter en injectant 1 1/2 milligramme ou 2 milligrammes de strychnine (la première de ces deux doses n'étant pas mortelle, la seconde l'étant au contraire pour un lapin de 2 kilogrammes), les animaux succombent dans l'un et l'autre cas.

3° — Pendant toute la durée de l'expérience, depuis le moment où la strychnine est introduite dans l'organisme jusqu'à la mort, *aucun phénomène ne révèle sa présence*. La rigidité cadavérique, ainsi que les précipités fournis par les urines, la décoction de foie et de rate traitées par le bi-iodure de potassium et la décoction de noix de galle, sont les seules particularités qui ne permettent de conserver aucun doute sur l'absorption de l'alcaloïde.

Toutefois, bien que les expériences qu'il a faites semblent renverser l'opinion de Liebreich, à savoir que la strychnine est l'antidote du chloral, M. Oré n'a pas voulu conclure d'une manière définitive avant d'avoir fait de nouvelles recherches.

On voit que les trois expérimentateurs que nous avons cités, Lie-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1871, p. 766
(2) *Presse méd. belge*, 6 février 1870.

breich, Arnauld, M. Oré, s'accordent à reconnaître que le chloral empêche les convulsions produites par la strychnine ; mais les deux derniers s'accordent également pour refuser à la strychnine une action antagoniste de celle du chloral.

RABUTEAU.

Chloroforme anglais, par M. HAGER. (*Bull. de la soc. pharm. de Bruxelles*, 1872.)

Au sujet du chloral et du chloroforme dont il vient d'être question, nous signalerons un travail de M. Hager sur un produit qu'on rencontre dans le commerce allemand sous le nom de chloroforme anglais.

Ce liquide a une densité de 1,485, tandis que celle du chloroforme allemand préparé d'après la pharmacopée prussienne est de 1,500. M. Hager s'est assuré que c'était un produit obtenu par la décomposition du chloral et additionné de 0,75 à 0,81 pour 100 d'alcool. L'acide sulfurique ne le colore pas, tandis qu'il développe une coloration rouge dans le chloroforme ordinaire. Évaporé à l'air dans un verre de montre, il conserve jusqu'à la dernière goutte son odeur agréable, tandis que le chloroforme ordinaire prend à ce moment et donne une odeur particulière désagréable, ce qui prouve que ce dernier n'est pas pur, qu'il n'est pas exempt de produits chlorés de diverse nature, auxquels il doit probablement sa facile altérabilité au contact de la lumière.

Nous conclurons des recherches de M. Hager que le chloroforme retiré du chloral est celui qu'on devrait rechercher désormais, puisqu'il présente plus de garantie de pureté que le chloroforme obtenu par les procédés ordinaires, en traitant l'alcool par la chaux et le chlorure de chaux.

RABUTEAU.

Wirkungen des Chloralhydrates (Action de l'hydrate de chloral), von Rudolph ARNDT. (*Archiv, für Psych. und Nervenkrank., III Band.*, 3 *Heft*; *Berlin*, 1872.)

Arndt s'est moins occupé de l'action du chloral que des accidents résultant de son emploi. Pour les expliquer, on avait tout d'abord songé à l'état d'impureté des préparations de chloral, et plus tard aux doses usitées, à la durée du traitement, à la nature de l'affection, à l'état particulier du malade, comme à beaucoup d'autres circonstances accessoires.

Parmi les différents phénomènes signalés par les observateurs, figurent : des troubles du côté du système vasculaire central ou pé-

riphérique, rattachés à l'intervention des nerfs vaso-moteurs, ou bien à un état dépressif (paralytique) du cœur ; un pouls mou et dicrote, ou dur et spasmodique, parfois fréquent ; de la rougeur et de la tuméfaction du visage, des paupières, du cou ; de l'œdème des pieds ; des vertiges, de l'inertie intellectuelle plus ou moins durable, un état congestif de la tête, un malaise général, de la pesanteur des membres ; des changements du côté de la sensibilité, de l'anesthésie, des fourmillements, des picotements de la peau ; de l'injection de la face pouvant s'étendre à tout le corps, des exanthèmes, de l'érithème, des papules, des pétéchies, des ecchymoses, de l'ictère, de la rétention d'urine ; enfin des escarres, chez des individus plus ou moins cachectiques.

L'association du chloral avec la morphine aurait parfois entraîné la mort. Deux observations de malades, atteints de paralysie générale, démontrent que la médication par le chloral peut avoir des résultats fâcheux. Un des paralytiques a succombé à une péritonite consécutive à une perforation de l'estomac, avec épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

Le chloral peut agir localement, il est difficile de le nier ; mais quand on l'administre pendant longtemps à doses diluées, il faudrait reconnaître qu'il exerce, sinon chez tous les hommes, du moins chez quelques-uns particulièrement prédisposés, une influence paralysante par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs.

Arndt a eu raison d'appeler l'attention sur les dangers que présente l'administration prolongée du chloral ; mais il paraîtra certainement peu fondé à faire intervenir les nerfs vaso-moteurs pour comprendre des accidents qu'il est aussi facile que rationnel d'interpréter de manières bien diverses. BOUCHEREAU.

Sur le sulfate de cinchonine, par M. BRIQUET. (*Bull. Ac. de méd.*, *oct.* 1872.)

Dans ce travail, l'auteur démontre que cette substance, d'un prix très-inférieur au sulfate de quinine, peut le remplacer dans un assez grand nombre de cas. La question se réduit à deux points : 1° le sulfate de cinchonine a-t-il la même action thérapeutique que le sulfate de quinine ? 2° Est-il capable de déterminer des effets toxiques qui doivent à tout jamais en proscrire l'usage, comme on l'a prétendu ?

Pour répondre à la première question, M. Briquet prouve, par des expériences faites sur les animaux, que l'action toxique du sulfate de cinchonine sur le cœur et l'encéphale est moindre que celle du sulfate de quinine. D'autre part, sur un relevé de 896 cas de fièvres intermittentes traitées par le premier médicament, on compte 874 guérisons et seulement 22 insuccès, ce qui produit un chiffre d'insuccès de 3 1/3 pour 100. Si MM. Moutard-Martin, Michel,

Lévy et Bouchardat ont vu l'administration du sulfate de cinchonine suivie d'accidents toxiques, c'est qu'ils ne l'ont pas soumise aux trois règles ainsi formulées par M. Briquet :

1° — Donner le sel en solution, ou, si on le donne en poudre, faire prendre, aussitôt après l'ingestion, un verre d'une boisson acidulée.

2° — Toujours fractionner les doses, et les faire prendre en cinq ou six fois, d'heure en heure.

3° — Laisser entre la dernière prise et l'époque présumée d'arrivée de l'accès futur un intervalle de huit à douze heures.

M. Briquet démontre de plus, par un relevé de 198 administrations de sulfate de cinchonine comparées à 65 administrations de sulfate de quinine, que les troubles gastriques et cérébraux sont plus fréquents et plus intenses après l'usage du premier alcaloïde qu'après celui du second, ce qui s'explique par ce fait que la quinine a des propriétés physiologiques et thérapeutiques plus puissantes que la cinchonine. Aussi cette dernière substance, que l'auteur recommande à la dose de 0,60 cent. à 1 gram. dans les fièvres intermittentes, les névralgies et les rhumatismes articulaires aigus d'intensité moyenne, doit-elle être remplacée par le sel quinique dans les fièvres rémittentes et subcontinues des pays chauds, ainsi que dans tous les cas où la vie est en péril.

HENRI HUCHARD.

Die Pocken und der Essig, ein Schutzmittel dagegen (La variole et le vinaigre comme moyen de préservation), par le Dr Théodor ROTH de Eutin. (*Deutsche Klinik*, *n°* 40, 5 *octobre* 1872.)

D'après la loi allemande, toute maison dans laquelle se présente un cas de variole est mise en interdit. Les habitants de la maison ne peuvent en sortir sous aucun prétexte, et même les enfants ne peuvent pas fréquenter l'école. Il résulte de ces dispositions, que, tout en diminuant les causes de propagation du mal dans le reste de l'endroit, on expose un grand nombre de personnes enfermées avec le malade à subir les atteintes de la contagion. C'est là le mal auquel l'auteur cherche à remédier.

D'après Krückenberg, une bande de voleurs, s'introduisant en qualité de garde-malades auprès des pestiférés de Madrid, évitaient la contagion par l'absorption journalière d'un verre de vinaigre aromatique, dit *des voleurs*. Ayant obtenu de bons résultats de ce procédé, lors d'une fièvre nerveuse très-contagieuse, il y a quelques années, R. a essayé de l'appliquer également à la variole. Seulement, le prix du vinaigre des voleurs étant assez élevé, il s'est contenté du vinaigre ordinaire, qui lui a donné les résultats suivants :

1° — Dans un grand nombre de cas, les adultes et les adolescents

respirant le même air que le malade et le soignant même, pendant l'éruption de la variole, étaient complétement préservés de la contagion par l'usage du vinaigre.

2° — Dans d'autres cas, ils éprouvaient, au bout de 10, 11, 12 ou 13 jours, de la fièvre, de la courbature et des douleurs dans les membres. Cet état, qui les forçait à garder le lit, persistait rarement plus de 2 à 4 jours, au bout desquels il ne restait plus que de la lassitude, et ceux qui avaient suivi rigoureusement le traitement au vinaigre ne présentaient pas plus d'une à quatre pustules grosses comme une tête d'épingle.

3° — Jamais l'usage du vinaigre pendant 14 jours n'a produit d'altération dans la santé.

Ceux qui ne prenaient pas rigoureusement la dose de vinaigre prescrite présentaient, au bout de 10 à 14 jours, des symptômes plus alarmants qui cédaient néanmoins après 4 à 6 jours. Dans cet intervalle, on remarquait l'éruption de 5 à 80 pustules dont la grosseur était à peine le quart de celle des pustules naturelles et qui séchaient en deux jours. Ces accidents, fièvre, courbature et éruption, représentent un accès de variole amoindri et donnent à penser que, sans l'usage du vinaigre, la contagion aurait été complète.

Le traitement appliqué aux adultes consiste à prendre, pendant 15 jours, deux cuillerées à bouche de vinaigre ordinaire, pur ou mélangé d'eau, une heure après le déjeuner, puis vers le soir.

Les jeunes gens et les personnes délicates prennent une ou deux fois par jour 3/4 de cuillerée et doivent éviter autant que possible la chambre du malade. Cette chambre est soumise deux fois par jour aux vapeurs du vinaigre bouillant.

Le vinaigre agirait de la même façon que l'acide phénique, en empêchant la fermentation qui, d'après l'auteur, constitue la contagion.

A l'appui de sa théorie, l'auteur cite 106 observations; dans deux cas, il a observé que l'éruption vaccinale elle-même est entravée par l'usage du vinaigre.

Reste à savoir si les quelques pustules qui se sont présentées à la suite du traitement au vinaigre étaient contagieuses ou non. L'auteur n'a pas eu l'occasion de vérifier le fait.

N. TH. KLEIN.

Observations on the musculum venenosus, and on its use in tetanus (Sur une variété de moule vénéneuse et sur son emploi dans le tétanos), par Francis CRUMPE. (*The Dublin Journal of Med. Sc., octobre* 1872.)

Dans la ville de Tralée (comté de Kerry) existe un bassin relié à la mer par un canal de 2 milles environ. A certaines époques, on vide ce bassin pour le débarrasser des sables qui s'y accumulent, et

les enfants y descendent alors et cherchent des poissons, dont se nourrissent leurs familles ; mais avec ces poissons ils trouvent aussi une variété de moules dont l'ingestion a plusieurs fois été suivie d'accidents.

Cette moule se distingue de la variété comestible par les caractères suivants : elle est beaucoup plus grosse, et sa chair, au lieu d'être pâle, présente une coloration orange foncée. Les écailles sont aussi beaucoup plus larges et formées, comme celles de l'huître, de couches calcaires superposées.

Les premiers cas d'empoisonnement ont été observés il y a déjà quelques années :

Trois enfants, âgés de 4, 5 et 7 ans, avaient mangé de ces moules bouillies. Ils se couchèrent ensuite, mais au bout d'une heure ils se réveillèrent dans un état de malaise, de collapsus et d'anéantissement général. Quelques heures après ils étaient morts. A l'autopsie on trouva l'estomac et l'intestin remplis de gaz, mais ne contenant rien autre chose qu'un peu de mucus. La muqueuse était très-rouge.

Crumpe a observé par lui-même le fait suivant :

E Q., âgée de neuf ans, mangea quelque peu de ces moules non bouillies, comme elle aurait mangé une huître. Elle se trouva immédiatement si malade qu'elle ne pouvait faire aucun mouvement. Elle fut ramenée chez elle (à un demi-mille), soutenue par deux personnes, sans l'aide desquelles elle serait tombée la tête en avant. La face était rouge, les yeux largement ouverts, injectés, le menton reposait sur le sternum. Si l'on soulevait doucement la tête, elle retombait en arrière ou sur les épaules. Le pouls n'était pas accéléré ; il y avait de l'écume à la bouche par suite de l'impossibilité d'avaler la salive. — La malade fut mise au lit, la tête élevée. On fit sur la tête des applications froides, et l'on posa des sangsues. Le lendemain elle était déjà beaucoup mieux, et la guérison ne se fit pas attendre.

Crumpe voulut expérimenter ces moules sur des animaux. Il prit 2 coqs vigoureux, les soumit à l'abstinence pendant 3 jours et leur présenta les moules ; ils en avalèrent chacun deux et refusèrent la troisième. Une heure après, ils étaient complétement paralysés. Des canards affamés n'en voulurent point manger. Il en fut de même d'un chat.

A cette même époque se présenta à l'infirmerie du comté de Kerry une femme de 50 ans, atteinte depuis la veille de tétanos traumatique. Il n'y avait point de convulsions cloniques, mais une contracture générale surtout marquée aux muscles des mâchoires, et ce fut à grande peine que l'on put faire avaler à la malade trois moules dans l'espace d'une heure. Trois heures après, la contracture avait presque entièrement cessé, et la malade guérit.

Ce n'est là, ajoute l'auteur, qu'un cas isolé ; mais, si l'on trouve ces moules vénéneuses sur d'autres points des côtes d'Irlande, il serait intéressant d'essayer encore leur action dans le tétanos.

Si l'on pouvait concentrer sous forme d'agent médicamenteux le

poison qu'elles contiennent, on aurait un antispasmodique des plus énergiques, et, en quelque sorte, un antagoniste de la strychnine.

A. SEVESTRE.

Assainissements dans l'Inde.

Remarks on the influence of a pure supply of water (Influence de la pureté de l'eau potable sur la marche du choléra), by A. M. BALLOT, M. D. (*Med. Times and Gaz.*, 28 *sept.* 1872.)

Dans *the Indian Medical Gazette*, C. Macnamara, auteur d'un traité sur le choléra asiatique, dit qu'il est hors de doute que, dans ces dernières années, le choléra a régné endémiquement à Calcutta. Beaucoup de personnes admettent que l'épidémie a été entretenue par l'usage d'une eau souillée par les déjections des cholériques. A l'appui de cette opinion, il cite les faits suivants. En janvier 1870, une eau parfaitement pure fut amenée dans la ville et, dès lors, l'épidémie décrut d'une manière notable ; les chiffres suivants dispensent de tout commentaire :

Statistiques municipales de 1866 à 1872 :

Morts par le choléra.

1866	6,826	1870	1,560
1867	2,268	1871	790
1868	4,178	1862 jusqu'en mai	357
1869	3,592		

Les statistiques des hôpitaux, faites avec plus de soin et de précision donnent comparativement les mêmes résultats :

Décès cholériques.

1863	708	1868	1,044
1864	1,147	1869	894
1865	943	1870	465
1866	1,628	1871	179
1867	628		

Si l'on veut embrasser un plus long espace de temps et se reporter aux trente dernières années, on trouve que, pour une année, la moyenne pour la ville de Calcutta est de 3,867 décès par le choléra.

Est-il possible d'expliquer cette différence de 3,867, chiffre moyen, à 790 (année 1871), par une diminution d'intensité de l'épidémie ? M. Macnamara ne peut l'admettre. L'épidémie fut tout aussi intense dans les provinces et les villes environnantes. Calcutta seule, qui était jusque-là le siége de prédilection du choléra, fut relativement préservée. Si, actuellement, le nombre des décès n'est pas encore moins considérable, c'est que l'usage d'une eau

tout à fait pure n'est pas encore universellement accepté. Pendant les premiers temps, les habitants n'ont pas voulu faire usage des nouvelles fontaines et beaucoup d'entre eux emploient encore l'eau des puits et des citernes; enfin, le lait que l'on consomme est trop souvent frelaté avec de l'eau provenant des plus abominables sources.

A l'appui de ces faits, M. Ballot cite le fait suivant qui s'est passé à Hanrhin. En 1849 et en 1866, cette ville fut ravagée par le choléra. Un seul quartier fut épargné en 1866, lequel, en 1849, avait horriblement souffert. Ce quartier, habité par des blanchisseurs, se trouvait absolument dans les mêmes conditions qu'en 1849, sauf en un point : aussitôt qu'une compagnie des eaux s'était établie, les blanchisseurs du quartier avaient fait venir *de l'eau des dunes*, pour blanchir leur linge et pour les usages domestiques. Ils buvaient donc une eau parfaitement pure et furent épargnés par le choléra.

J. DUBRISAY.

Sanitary improvement in India, by A. C. de RENSY. (*Brit. med. Journal*, 19 *oct.* 1872.)

Long travail, très-intéressant, d'un médecin militaire de l'armée anglaise dans l'Inde. L'auteur passe en revue les maladies qui sont communes dans ces pays, les fièvres, le choléra, la dyssenterie, les diarrhées rebelles, l'hépatite et l'apoplexie. Toutes ces maladies, moins fréquentes dans ces dernières années, avaient pour cause la malpropreté des habitations, leur aération insuffisante, le voisinage et le long séjour des déjections de toute espèce.

Ces déjections s'évaporaient facilement sous l'influence des fortes chaleurs, ou bien infiltraient le sol et produisaient ainsi la mauvaise qualité de l'eau potable. L'usage de cette eau délétère entretenait ainsi des épidémies meurtrières. Ces mauvaises conditions, jointes aux fatigues de la guerre, déterminaient une grande mortalité dans les troupes anglaises. Depuis quelques années, l'état sanitaire s'est perfectionné sensiblement, les villes ont été assainies, les troupes logées dans des baraquements très-secs et construits dans des conditions hygiéniques irréprochables, les eaux potables ont été rendues inoffensives par des moyens de désinfection très-minutieux, les déjections ont été transportées dans des endroits fort éloignés. Grâce à ces mesures, la mortalité descendit de 40 à 50 pour mille à 8 ou 10 environ. Une autre cause de mort, l'apoplexie, fut conjurée par l'habitude suivante : au lieu, pendant les grandes chaleurs, de coucher dans les baraquements, on fit dormir les hommes en plein air, ce changement suffit pour prévenir dans la plupart des cas les accidents appoplectiques.

A. GOUGUENHEIM.

TRAVAUX A CONSULTER.

Note sur l'action thérapeutique de la digitaline cristallisée, lue à la soc. méd. d'émulation par le Dr WIDAL, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou. (*Un. méd., oct.* 1872, *n°* 123, *p.* 586, *et n°* 126, *p.* 625.)

L'auteur s'est servi de digitaline cristallisée fournie par M. Nativelle, dans des cas de fièvre typhoïde et de maladies du cœur ; ses observations, peu nombreuses, ont besoin, d'après lui-même, d'être complétées.

Puis, il a expérimenté la digitaline d'Homolle en l'employant chez 13 malades, atteints de rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, érésipèle, fièvre typhoïde, phthisie avec fièvre hectique. Il arrive à poser les conclusions suivantes : 1° La digitaline globulaire et cristalline d'Homolle ralentit d'une manière constante les mouvements du cœur et le pouls à une dose qui varie de 3 à 10 milligr. suivant les individus ; la digitaline cristallisée agit dans le même sens à la dose de 1 1/2 à 3 milligr. 2° Les deux digitalines influencent presque toujours le pouls avant la température. 3° Pour abaisser complétement la température morbide, des doses plus considérables sont nécessaires : 15 à 30 milligr. et plus de digitaline d'Homolle, 4 à 6 milligr. de digitaline cristallisée. 4° Dans les affections non fébriles, le pouls est influencé plus promptement par les deux digitalines que dans les affections qui s'accompagnent d'une température exagérée ; la température normale est peu ou point influencée, à moins que le médicament ne soit donné à dose toxique. 5° L'action des deux digitalines sur la température serait moins énergique que celle de la digitale en nature, et donne lieu moins souvent que cette dernière à des accidents toxiques. 6° Les deux digitalines peuvent être substituées avantageusement dans la pratique à la digitale comme médicaments apyrétiques et anticirculatoires. 7° Leurs effets thérapeutiques sur les battements exagérés du cœur sont passagers et incomplets, alors même que les mouvements du cœur ont été ralentis considérablement.

J. C.

Absorption, action physiologique et thérapeutique, élimination et transformation de la quinine dans l'économie, par le Dr GUYOCHIN. (*Thèse pour le doctorat en médecine,* 52 *pages ; Paris,* 1872.)

En employant l'iodure double de mercure et de potassium, l'auteur a reconnu la présence de la quinine, non-seulement dans l'urine, mais encore dans la salive, l'intestin, le sang. Il a constaté, comme Kerner l'avait déjà fait avant lui (*Beiträge zur Kenntniss der Chininresorption*, *in Plüger's Archiv. der gesammte Physiologie*, 1870), que la quinine éprouve une transformation en traversant l'économie ; au lieu de croire, comme le chimiste allemand, qu'il y a formation d'une nouvelle base, la

ihydroxilquinine, M. Guyochin montre, par l'ensemble des réactions, que ce prétendu nouveau corps est de la quinidine.

Dans son travail, l'auteur s'est efforcé d'éviter l'emploi de tout réactif énergique capable de modifier la quinine. Il évapore l'urine, reprend par l'éther, évapore la solution éthérée, dissout dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique, et précipite la base par l'ammoniaque. Cet alcaloïde se colore en vert par le chlore et l'ammoniaque, et présente toutes les réactions de la quinidine. La quinine, en traversant les organes, subit donc une simple transformation isomérique. E. HARDY.

Étude sur les sels de quinine; leur action physiologique et médicale, par le doct. Léon COLIN. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1872.)

Ce travail intéressant, écrit avec clarté, par un esprit judicieux, résume nos connaissances sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la quinine. L'auteur établit avec raison que l'action thérapeutique de ce médicament dans les fièvres intermittentes réside moins dans sa puissance antiseptique et antizymotique (il existe, en effet, un grand nombre de substances antizymotiques qui n'agissent pas dans les fièvres) que dans ses effets physiologiques. Quant à ces effets qui ont été, pour la plupart, signalés par les médecins et expérimentateurs français, avant ceux d'outre-Rhin, ils consistent principalement en un ralentissement notable du pouls, un abaissement de la température lié lui-même à une diminution des phénomènes chimiques de la nutrition. Des doses de quinine inférieures à celles qui produisent des effets physiologiques ne guérissent pas les fièvres, qui sont jugulées au contraire par des doses capables de produire des effets physiologiques. R.

Kurze Notiz über die Wirkung des Chinins in dem Prodromalstadium der Variola (Note sur l'efficacité de la quinine dans le stade prodromique de la variole), par SCHWENNIGER. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 25 *novembre* 1872.)

Cet auteur est d'accord avec le docteur Schüller, pour avancer que l'usage de la quinine à hautes doses pendant les prodromes de l'affection variolique diminue nettement l'intensité de l'éruption et la gravité de la maladie.

Le docteur Schwenniger donne, pendant trois jours et d'heure en heure, une cuillerée à bouche d'une potion contenant 2,5 de quinine.

J. B.

Du sulfate de berbérine dans la ménorrhagie et la dysménorrhée fonctionnelle, par le docteur Eug. PEUGNET. (*Lyon méd.*, 1872).

L'auteur cite un cas de dysménorrhée datant de deux ans, chez une fille de 17 ans, et un cas de ménorrhagie profuse au moment de ses règles chez une jeune femme mariée, multipare, où le sulfate de berbérine et un traitement ferrugineux amenèrent la guérison. Il nous semble que, dans le premier cas, le fer seul a agi, mais que dans le second le sel

de berbérine a pu être efficace. On sait d'ailleurs que l'extrait de berbéris et la berbérine ont été employés par Piorry comme succédanés de la quinine; on sait d'autre part, que la quinine fait contracter les fibres lisses et qu'elle a été employée dans la ménorrhagie. La berbérine, dont l'étude physiologique n'est pas faite, exerce sans doute une action analogue à celle de la quinine sur les fibres lisses de l'utérus et de ses vaisseaux.

RABUTEAU.

Untersuchungen über die alkaloïde der Sabadillasamen (Recherches sur les alcaloïdes des semences de cévadille), par Ferd. WEIGELIN. *(Dissert. inaug. Dorpat 1871, s. Schmid, Jahrbücher* 1872, *n*° 8, *p.* 144.*)*

L'auteur a réussi à retirer de la cévadille trois alcaloïdes : la *vératrine*, déjà bien connue par les travaux de Pelletier, de Caventou et de Cauerbe ; la *sabadilline*, qui avait été beaucoup moins étudiée ; enfin la *sabatrine*.

La sabadilline peut être obtenue en cristaux incolores, non absolument insolubles dans l'éther, contrairement à l'opinion de Cauerbe. Elle n'est pas précipitée de ses solutions par les carbonates alcalins, ni par les bases alcalines. Elle ne produirait ni éternuments, ni vomissements et activerait la circulation, tandis que l'on sait que la vératrine produit, au contraire, des éternuments violents, des nausées, des vomissements et ralentit le pouls. La sabatrine serait intermédiaire à la vératrine et à la sabadilline. De même que cette dernière, elle ne produirait pas d'éternuments, mais elle s'en distinguerait en ce qu'elle est incristallisable et soluble dans l'éther.

La vératrine pure serait représentée par la formule $C^{52}H^{86}Az^{2}O^{15}$; la sabadilline par $C^{41}H^{66}Az^{2}O^{31}$; la sabatrine par $C^{51}H^{86}Az^{2}O^{17}$.

RABUTEAU.

Etude expérimentale sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la thébaïne, par Mihran ARZEROUNY de Constantinople. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Ce travail résume tout ce qui a été publié sur la thébaïne depuis la découverte de cet alcaloïde en 1835. Il contient, en outre, de nombreuses expériences faites par l'auteur, lesquelles sont venues confirmer les propriétés convulsivantes de la thébaïne observées chez les animaux et publiées ensuite (Magendie, Orfila, C. Bernard, Müller, Falk, Rabuteau, Vulpian); sa toxicité considérable chez les animaux, constatée déjà par les auteurs précédents ; ses propriétés analgésiques. A ce sujet, M. Mihran rapporte des observations recueillies dans les hôpitaux et qui vérifient les dernières propriétés. Mais il oublie que les premières expériences prouvant les propriétés analgésiques de la thébaïne chez l'homme ont été faites par nous dans le service de M. Sée, à l'hospice de la Charité, et que ce résultat, aussi nouveau que surprenant, a été publié plus de trois mois auparavant et annoncé dès le mois de février à la Société de biologie. J'ai vu que, de même que la morphine et la narceïne, la thébaïne accroît et continue l'action du chloroforme (*Gaz. hebdomadaire*, 26 avril 1872).

Les observations qu'il cite comme ayant été recueillies à la Charité m'appartiennent. M. Mihran a remarqué que la thébaïne accélérait la respiration à dose toxique; qu'elle augmentait la température et les sécrétions à ces mêmes doses. RABUTEAU.

L'Eucalyphus globulus et l'Eucalyptol, par Jules CAMPION. — *Thèse de Paris*, 1872.

Résumé clair et précis de ce qui a été fait sur l'étude chimique, les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'eucalyptus et de son essence. RABUTEAU.

Propriétés thérapeutiques de l'eucalyptus globulus. — *Thèse de Paris*, 1872.

Même sujet traité avec un peu plus de développement. Mais l'auteur ne s'est pas assez attaché à la vérité historique. Il attribue souvent à l'*opinion* de tels ou tels vulgarisateurs qui n'expérimentent pas, des propriétés annoncées déjà par M. Ramel à qui nous devons l'introduction de l'eucolyptus globulus en Afrique et dans le midi de l'Europe, et qui avaient été mises en évidence par M. Gimbert, qui, le premier, a fait une étude physiologique et thérapeutique de l'eucalyptus et de l'eucalyptol. Ainsi, les propriétés antiseptique et parasiticide de l'eucalyptol ont été signalées par les auteurs que j'ai cités, aussi bien que ses propriétés anticatarrhales, qui font que ce médicament peut être placé à côté des térébenthinés. RABUTEAU.

Contribution à l'étude chimique de l'eucalyptus, par le docteur RABUTEAU. (*Un. méd.* n° 131, *nov.* 4872, *p.* 696.)

L'auteur a constaté, au moyen de l'iodure de potassium et de l'acide phosphomolybdique, que les produits de l'eucalyptus employés contre les fièvres intermittentes ne contiennent pas d'alcaloïde. J. C.

Sur les propriétés fébrifuges et antipériodiques des feuilles du laurier d'Apollon (laurus nobilis), par M. A. DORAN. (*Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, *t. LXXV*, n° 19, 4 *nov.* 1872, *p.* 1121.)

D'après l'auteur, la poudre de feuilles du laurier d'Apollon, à la dose de 1 gramme, prise deux heures avant l'heure présumée de l'accès, donne de très-bons effets dans les cas de fièvre intermittente, quotidienne ou tierce. Sa statistique porte sur 34 cas (28 guérisons, 6 insuccès) relatifs tous à des fièvres quartes. H. TH.

Recherches sur l'élimination des sels mercuriels ingérés par l'homme, par le Dr H. BYASSON. (*Journ. anat. et phys.*, *sept.-oct.* 1872, *p.* 500.)

Ce travail est la suite d'une note insérée dans le même recueil, p. 397, dans laquelle l'auteur, utilisant la découverte récente de M. Merget, indi

que les moyens pratiques de faire la recherche qualificative du mercure dans les liquides de l'économie.

La question à résoudre expérimentalement est ainsi posée : au bout de combien de temps un sel mercuriel soluble, introduit chez l'homme dans l'appareil digestif, apparaît-il dans l'urine, la salive, la sueur? Après quel temps une dose donnée de sel mercuriel peut-elle être considérée comme complétement éliminée ?

L'auteur a expérimenté sur lui-même : les urines ont été très-exactement recueillies et étudiées dans leurs principaux caractères ; — la salive a été rejetée par intervalles ; — la sueur a été étudiée en appliquant sur la région lombaire un certain nombre de piles de Smithson.

Le sel mercuriel (bichlorure) a été pris à la dose de 2 centigrammes en une ou deux fois.

Voici les conclusions principales :

1° — Le bichlorure de mercure, pris par la voie stomacale, peut être décelé dans l'urine environ deux heures après son ingestion.

2° — Il apparaît dans la salive environ 4 heures après avoir été ingéré.

3° — Il ne paraît pas pouvoir être retrouvé dans la sueur.

4° — Vingt-quatre heures environ après la prise d'une dose de 2 centigrammes, l'élimination peut être considérée comme complète.

5° — Une partie se retrouve dans les matières fécales.

Mémoire sur l'action des bromures dans les affections prurigineuses, par le doct.. GUÉNEAU de Mussy. (*Gazette médicale*, 1872, *n°* 48.)

Ce mémoire traite de l'effet obtenu par l'action topique des bromures dans les affections prurigineuses des téguments externes et internes.

L'auteur le conseille notamment contre le prurit vulvaire et donne des observations à l'appui. Il emploie le bromure en pommade ou en solution.

A. J.

Du carbo-azotate (picrate) d'amoniaque comme succédané du sulfate de quinine, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Gazette médic. de Paris*, 1872, *et Bull. gén. de thérap.*, *t. LXIII*, *p.* 685.)

Le picrate d'ammoniaque, proposé dès 1830 par Braconnot dans les fièvres intermittentes, employé plus tard en Afrique et en Angleterre, vient d'être de nouveau soumis à l'épreuve par M. Dujardin-Beaumetz. Malgré le peu de succès obtenu (quatre guérisons seulement sur huit fièvres tierces relatées), l'auteur, se fondant sur des cas de fièvres quotidiennes qui ont guéri sous l'influence du carbo-azotate d'ammoniaque et sur les résultats obtenus, paraît-il, en Angleterre chez les individus qui reviennent avec des fièvres rebelles contractées dans les Indes, pense que désormais ce sel doit occuper une place importante dans la thérapeutique des fièvres intermittentes. Les doses étaient de 1 à 5 centigrammes par jour, en pilules. On peut les porter à 10 centigrammes. Au delà de 12 centigrammes, cette substance produit des vertiges, de la céphalalgie et même du délire et une *ivresse picrique* (Parisel) analogue à l'ivresse quinique. Elle diminue

le nombre des pulsations et l'amplitude du pouls. Nous rappellerons que Bell (de Manchester) a employé sans grand succès le picrate de potasse, que Lucien Bonaparte a préparé et proposé jadis, les picrates de quinine et de cinchonine. RABUTEAU.

Nouveau mode de préparation de la pepsine, par M. SCHEFFER, de Louisville. (*Bulletin de thérapeutique, t. LXXXIII, p.* 455, 1872.)

On extrait de la muqueuse des estomacs frais de porcs, à l'aide de grattoirs ou de brosses rudes, le liquide épais qui l'imprègne, on l'additionne d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, puis on filtre et l'on précipite par une solution saturée de sulfate de soude. On purifie la pepsine ainsi obtenue en la faisant fondre dans l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique et la précipitant de nouveau par le sulfate de soude ou le chlorure de sodium. On la lave avec un peu d'eau pure et on la fait sécher.

R.

Kurzer Bericht über die electro-therapeutischen Erfolge, resp. Nichterfolge der letzten Jahre (Aperçu des succès et insuccès de l'électro-thérapie dans les dernières années), par le Dr BRUCKNER de Schwerin. (*Deutsche Klinik, n*° 41, 12 *oct.* 1872.)

Sur 54 cas de paralysie, il y eut 14 guérisons, 23 améliorations et 17 insuccès. Les principaux insuccès sont dus à des blessures par armes à feu qui ont sectionné des nerfs; l'ataxie locomotrice n'a pas donné de succès. Les rhumatismes et les névralgies ont donné, pour la plupart, de bons résultats. T. K.

On the treatment of rhumatic gout by the aid of the constant galvanic current, by J. ALTHAUS. (*Brit. Med. Journ.,* 28 *sept.* 1872.)

Après une digression assez longue sur la nature du rhumatisme goutteux, l'auteur aborde, en quelques alinéas, la thérapeutique de cette maladie, partant de cette donnée qu'elle consiste en un vice de nutrition et non, au point de vue clinique, en une véritable inflammation ; il passe en revue les traitements mis en usage, le quinquina, les acides minéraux, le fer, la strychnine et l'huile de foie de morue, et montre leur stérilité dans une foule de cas. Il explique l'efficacité des courants continus de trois façons: 1° La dyspepsie, compagne habituelle de la maladie est amendée facilement par l'action de ces courants employés de la façon suivante : *Le pôle positif, armé d'un conducteur de grande surface, est appliqué sur la colonne cervicale, tandis que le pôle négatif est placé au creux épigastrique.* La durée de l'électrisation est de 5 minutes environ. 2° Les douleurs nocturnes, qui résistent souvent à tout traitement, sont soulagées de la même manière par *une application semblable.* 3° Les douleurs articulaires sont combattues par l'application du *pôle positif, armé d'un petit électrode,* sur l'endroit douloureux, tandis que le pôle négatif, armé d'un grand électrode, est placé dans le voisinage. La durée de l'électrisation

est de 5 minutes. 4° Par la galvanisation *du sympathique cervical*, l'auteur a pu diminuer et arrêter dans leur marche progressive les difformités des petites articulations.

A. GOUGUENHEIM.

Recherches pour servir principalement à l'histoire des courants continus, par E.-Gustave LELORAIN. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Après avoir donné une description succincte des appareils à courants continus, notamment de la pile de Callaud-Trouvé qui se recommande par sa constance remarquable, sa simplicité (lame de zinc et fil de cuivre plongeant dans une solution de sulfate de cuivre) et par la modicité de son prix, l'auteur rapporte quelques observations recueillies à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, avec le concours de M. Ominus. Les courants continus produisirent de bons résultats dans divers cas d'atrophie musculaire, d'hémiplégie. Les courants auraient été avantageux dans la paralysie agitante (mais les observations à ce sujet ne sont pas détaillées) ; ils n'ont pas donné de résultats satisfaisants dans le rhumathisme noueux.

RABUTEAU.

De l'emploi de l'hydrothérapie dans les maladies organiques du cœur, par le Dr SIEFFERMANN. (*Gazette méd. de Strasbourg, n° 6, 1er novembre* 1872.)

L'auteur cite trois observations personnelles d'affections graves du cœur heureusement modifiées par l'emploi de l'hydrothérapie. Ces faits viennent à l'appui de la pratique de L. Fleury (voy. *Traité d'hydrothérapie*) et des idées émises par le docteur Hirtz dans un article précédent de la *Gazette médicale de Strasbourg* (n° 4, 1er septembre 1872). D'après ce dernier auteur, l'hydrothérapie réussit dans les cas de maladie du cœur où les phénomènes généraux sont graves ; elle active la circulation périphérique après avoir provoqué la contraction réflexe des capillaires, et peu à peu elle excite la circulation centrale ; elle favorise consécutivement l'hématose, l'oxydation, la nutrition et la calorification.

H. H.

De la médication réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Henri-Auguste FOURNIÉ. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Ce travail est intéressant. Il contient des observations recueillies avec soin et dont les résultats sont rendus plus appréciables à l'aide de courbes qui indiquent l'abaissement de la température sous l'influence des bains. Nous citerons les conclusions les plus importantes de ce travail.

Au point de vue thérapeutique les réfrigérants ont une action prochaine ou immédiate et une action éloignée. — L'action prochaine se manifeste après chaque immersion ; elle est caractérisée par l'apaisement momentané des symptômes qui sont sous la dépendance de la chaleur fébrile : soif, sécheresse de la peau, céphalalgie, malaise, insomnie, délire. — L'action éloignée est la conséquence des modifications succes-

sives qui résultent de l'emploi des bains souvent répétés; elle se traduit par la régularisation de la courbe fébrile, par une atténuation notable de l'intensité et de la durée de la maladie et de la convalescence.

Au point de vue des indications et des contre-indications, l'élévation de la température seule suffit pour indiquer les réfrigérants; les contre-indications sont : du côté du malade, l'âge (enfants et vieillards), la constitution, les affections organiques du cœur, une aversion trop prononcée pour l'eau froide; du côté de la maladie, les épistaxis rebelles, les hémorrhagies et les perforations intestinales.

Au point de vue du mode d'application de l'eau froide, le bain frais, à la température moyenne de 26 à 28 degrés, est l'agent le plus sûr de la médication tempérante. L'affusion résume toutes les forces vives de l'eau froide; les lotions et les enveloppements froids ont moins d'action que la douche dans le sens de la révulsion et bien moins que les bains dans le sens de la réfrigération.

Au point de vue du mode d'action des réfrigérants, l'augmentation de la chaleur qui caractérise la réaction cesse pendant le bain lorsque celui-ci est prolongé, ou à la sortie du bain lorsque celui-ci est de courte durée. L'effet consécutif est un abaissement notable de la température au-dessous de la normale. Les fébricitants réagissent comme l'homme sain au contact de l'eau froide.

RABUTEAU.

Ueber Behandlung des Lungenspitzenkatarrhs mit künstlicher Bevœrderung der Inspiration (Du traitement du catarrhe du sommet des poumons au moyen d'un appareil respiratoire propre à favoriser l'acte de la respiration, moyen prophylactique de la phthisie pulmonaire), par le Dr Ignace HANKE de Vienne. (*Oesterr. Zeitschrift für Heilkunde,* 13 *sept.* 1872, *nos* 37 *et* 38.)

Se fondant sur la relation qui existe, d'une part entre l'insuffisance de la respiration et partant la pénétration insuffisante de l'air dans le sommet des poumons, et d'une autre part, la fréquence de la phthisie pulmonaire chez les individus à thorax étroit et de musculature faible, l'auteur conclut qu'un puissant moyen prophylactique de la phthisie consisterait dans l'usage journalier pendant 10 à 15 minutes chaque fois, d'un appareil de son invention, qui a pour principe de faire inspirer de l'air condensé et expirer de l'air raréfié. La condensation s'opère par le déplacement dans l'appareil — décrit en détail — d'une certaine quantité d'eau, celle-ci effectuant la pression ; la raréfaction de l'air est produite ensuite par le déplacement de l'eau en sens inverse d'où aspiration et tendance au vide. L'appareil peut, en outre, être chargé de substances médicamenteuses et permettre l'inhalation de matières volatiles ou d'huiles essentielles que ces matières contiendraient.

L'auteur dit avoir observé une fois la guérison, après quelques semaines de cette pratique, d'un catarrhe localisé au sommet des poumons; une autre fois, une amélioration considérable, et un succès relatif dans deux autres cas de catarrhe compliqués d'infiltration tuberculeuse. Il n'a jamais observé d'influence nuisible de son appareil, sinon quelquefois un effet très-passager sur le cerveau.

M. KRISHABER.

Des moyens à opposer aux sueurs chez les phthisiques, par Jean-Guillaume FINOT. (*Thèse de Paris*, 1872.)

L'auteur rapporte diverses observations recueillies dans les hôpitaux, ayant trait à l'emploi de l'*agaric*, de l'*alcoolature d'aconit*, des *lotions vinaigrées*, du *tannin*, de l'*acétate de plomb*, de la *poudre de Dower*, du *phosphate de chaux*. Il résulte de la lecture de ces observations que c'est l'agaric qui réussirait le mieux aux doses de 10 centigrammes à 1 gr. par jour (ce que nous ne croyons pas, car nous pensons que la quinine et le phosphate de chaux sont préférables) ; que l'alcoolature d'aconit aurait produit de beaux résultats, malgré une température ambiante très-élevée ; que les lotions vinaigrées employées par M. Henri Bernet et par M. Peter seraient avantageuses ; qu'enfin, le phosphate de chaux serait un bon médicament, ce que nous croyons très-bien, attendu que le phosphate de chaux est un modificateur de la nutrition, qu'il ramène l'embonpoint chez ceux qui en font usage et même, parfois, chez les phthisiques. Le tannin aurait été peu efficace ; la poudre de Dower n'aurait pas agi ; l'acétate de plomb proposé autrefois par Fouquier est un mauvais médicament. RABUTEAU.

Some additional observations on the action of atropia on sweating (Observations sur l'action antisudorifique de l'atropine), par SYDNEY RINGER. (*The Practitioner*, octobre 1872.)

Dans des expériences faites par M. Ringer avec MM. Johnson et Curtis, l'injection sous-cutanée de l'atropine à la dose de $\frac{1}{400}$ de grain chez des sujets exposés à la chaleur de bains turcs a diminué considérablement les sueurs au bout de cinq minutes. Les injections de $\frac{1}{100}$ et de $\frac{2}{100}$ de grain de cette même substance chez une femme dont l'urine était purulente et qui avait des sueurs profuses ont fait disparaître ces sueurs pendant des nuits entières ; il en fut de même chez une phthisique. Le sommeil fut plus profond. La stramoine agit de la même manière que la belladone.

La face se trouvant injectée sous l'influence de ces substances, Ringer conclut qu'elles ne peuvent agir sur les ganglions du sympathique pour diminuer les sueurs en modérant l'afflux du sang à la peau, mais que cependant elles peuvent agir sur les vaisseaux qui fournissent aux glandes, tandis qu'elles n'agiraient pas sur les vaisseaux.

Nous pensons que la distinction établie par l'auteur n'existe pas. L'atropine agit sur les fibres lisses de tous les vaisseaux de petit calibre, d'où résulte une diminution de l'afflux du sang dans les capillaires, et ce qui est remarquable, une stase du sang, parce que les fibres lisses des vaisseaux se contractent également. Cette stase explique la rougeur, et la diminution de l'afflux du sang, rend compte de la cessation des sueurs.

Nous rappellerons que Thompson a employé jadis des pilules d'oxyde de zinc et d'extrait de jusquiame ; mais on ne sait plus auquel des deux agents rapporter les effets obtenus. Il est infiniment probable que c'est à la jusquiame qu'il faut les attribuer. R.

De la dyspepsie dans la tuberculisation chronique des poumons et de son traitement, par Jules-Joseph LOQUIN. (*Thèse de Paris*, 1872.)

On sait que Louis avait trouvé, chez les phthisiques, la muqueuse stomacale très-souvent colorée en rouge soit dans toute son étendue, soit dans une partie seulement. M. Loquin a observé la rougeur et l'injection de cette muqueuse sur tous les estomacs de phthisiques qu'il a examinés (il n'en cite pas le nombre), occupant tantôt le voisinage du pylore, tantôt celui du cardia, tantôt enfin s'étendant sur toute la surface de la muqueuse. Mais ce qui est plus important c'est l'atrophie des glandes dans la dernière période de la phthisie tuberculeuse chronique.

« Si l'on fait, dit l'auteur, des coupes verticales minces sur un estomac de phthisique mort après une assez longue période de cachexie tuberculeuse, on remarque que les glandes à pepsine ont en grande partie disparu. Il est des points où l'on n'en retrouve plus nulle trace, et le tissu propre de la muqueuse s'étend uniformément dans tous les points, présentant une prolifération considérable de noyaux embryoplastiques à contours bien limités. Dans tous les points où les glandes n'ont pas été complétement détruites, on retrouve quelques amas de culs-de-sac formant dans l'épaisseur de la muqueuse des îlots entièrement isolés. Ces culs-de-sac sont plus ou moins déformés, entrecoupés de fibres lamineuses et de noyaux embryoplastiques. Ils renferment encore quelques cellules à pepsine, mais ces cellules sont pâlies et beaucoup moins granuleuses qu'à l'état sain. Les conduits qui venaient s'aboucher au sommet de ces petits entonnoirs que j'ai décrits entre les replis et les mamelons de la surface de la muqueuse ont disparu, remplacés par l'invasion du tissu propre de la muqueuse.

« Les mamelons et les replis ont conservé leur aspect et leurs dimensions. On trouve bien encore dans leurs intervalles les dépressions coniques où venaient s'aboucher les conduits des glandes, mais leur orifice inférieur est oblitéré. C'est sans doute à cette disposition, qui laisse à la muqueuse son aspect superficiel normal, qu'on doit attribuer cet oubli où ont été laissées les modifications que subit la muqueuse stomacale dans sa profondeur. Sur des estomacs moins altérés, la dégénérescence glandulaire n'est pas uniforme. On retrouve au milieu d'espaces où les glandes sont déjà atrophiées et oblitérées des îlots où elles sont restées saines. Dans ces points la muqueuse m'a paru plus épaisse. »

L'auteur n'a pas retrouvé l'hypertrophie de la glande ni du tissu interglandulaire qui a été décrite dans les dyspepsies essentielles.

Les moyens employés contre les vomissements des phthisiques sont au début, les amers tels que le quassia, le houblon, la gentiane, le quinquina, etc. S'il y a hyperesthésie stomacale, l'opium à faible dose, le chlorhydrate de morphine seul ou associé au bismuth. Mais l'opium peut supprimer l'appétit (la morphine fait même parfois vomir; aussi préférerions-nous la narceïne ou la thébaïne à l'état de chlorhydrate). Enfin quand on juge que les glandes à pepsine ont disparu, la pepsine acidifiée par l'acide chlorhydrique est nettement indiquée.

RABUTEAU.

Baptista tinctoria in typhoïd fever (Traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'indigo), par Edward DUFFIELD. (*The Medical Record*, 1er *nov.* 1872.)

Dix malades atteints de fièvres typhoïdes très-graves ont été traités avec succès par la teinture d'indigo à la dose de 3 gouttes, ou, suivant les cas, 5 gouttes toutes les 2 heures. L'effet favorable aurait été très-rapide. En moins de 24 heures la température aurait baissé de plusieurs degrés.

En dépit des succès qu'il annonce, l'auteur ne nous a pas inspiré la moindre confiance pour son nouveau mode de traitement. Du reste, dans le même article, il nous donne la mesure de sa valeur comme thérapeutiste en préconisant contre les cas simples de fièvre typhoïde, la quinine, la térébenthine, la belladone, l'acide nitrique, l'acide sulfurique. La teinture d'indigo serait réservée pour les cas très-graves.

J. DUBRISAY.

Les épidémies de Nevele et de Landegem : considérations sur la prophylaxie de la variole, par le Dr N. DU MOULIN. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand, oct.* 1872, *p.* 226.)

L'auteur rapporte l'histoire d'une épidémie de variole atteignant deux villages limitrophes et soumis absolument aux mêmes conditions topographiques et météorologiques. A Landegem, l'épidémie eut une intensité considérable ; il y eut 1 décès sur 30 habitants. La vaccination était presque abolie dans ce village, et on n'eut recours à aucune mesure sanitaire, on ne pratiqua qu'un nombre minime de vaccinations ou revaccinations. Au contraire, à Nevele, des vaccinations et revaccinations, des mesures sanitaires énergiques furent imposées à la population, et l'épidémie se borna à 2 décès et à quelques varioloïdes sans importance.

L'auteur fait suivre cette narration de réflexions judicieuses sur l'utilité de la vaccine.

J. C.

De la variole, de la vaccine et de l'inoculation post-vaccinale, par le Dr Lucien PAPILLAUD. (*Ann. de la soc. méd. chirurg. de Liége, juin, juillet, août, octobre* 1872, *p.* 201, 245, 289, 361.)

Cet important travail, fondé sur des observations nombreuses, se termine par des conclusions dont nous nous bornons à citer celles qui suffiront pour donner une idée du sens général de l'ouvrage :

1° La vaccine, qui a une vertu préservatrice suffisante contre la variole sporadique, devient insuffisante contre la variole épidémique.

2° La revaccination renouvelle et prolonge la puissance préservatrice de la vaccine, mais la préservation qui en résulte n'est cependant ni complète, ni certaine.

3° La préservation apportée par la variole elle-même contre une nouvelle atteinte de cette maladie est plus complète et plus durable que celle que donne la vaccine.

4° L'inoculation variolique pratiquée postérieurement à celle de la vaccine, et que pour cette raison nous appelons post-vaccinale, complète

et corrobore l'action prophylaxique de la vaccine et met entièrement à l'abri des atteintes de la variole.....

6° L'inoculation post-vaccinale est exempte de danger; elle ne donne lieu le plus souvent qu'à une éruption locale accompagnée ou non d'un mouvement fébrile dont la durée varie de 2 à 4 jours.....

10° Si la pratique des inoculations post-vaccinales se généralisait, le virus variolique deviendrait le préservatif de la variole épidémique, comme le virus vaccinal est le préservatif de la variole sporadique.

J. C.

On retrovaccination (Sur la rétrovaccination), par BRAIDWOOD. *(British and Foreing medico-chirurgical Review, 1872, p. 476.)*

Sous ce nom, l'auteur désigne une sorte de vaccination à deux degrés. On commence par inoculer à une vache le vaccin humain, et la lymphe qui en résulte sert à vacciner un enfant.

Relativement à la première partie de l'opération, l'auteur conclut de ses recherches, que l'inoculation du vaccin peut réussir tout aussi bien sur une vache ou une génisse que sur un enfant; et que les vaches laitières se prêtent mieux à cette expérience, que celles qui n'ont pas de lait. Il faut seulement employer quelques précautions pour s'opposer aux frottements qui détruisent les vésicules et empêcheraient leur évolution. Il considère la lymphe rétrovaccinale ainsi obtenue, comme plus active que le virus vaccin ordinaire, et il l'a souvent vu réussir dans des cas où l'on avait antérieurement employé sans succès le vaccin humain.

La lymphe rétrovaccinale ne paraît pas conserver ses propriétés virulentes aussi longtemps que le vaccin ordinaire. D.

Du choléra et de son traitement, par Ch. Constant BOUTIGNY. *(Thèse de Paris, 1872.)*

L'auteur, après avair parlé du choléra mais sans rien ajouter à ce que l'on savait déjà, expose le mode de traitement qu'il a employé et qui avait été imaginé par un praticien de Paris nommé Roux. Ce traitement consiste à administrer dans un verre d'eau de seltz sucrée 25 à 30 gouttes de la mixture suivante.

Éther sulfurique	10
Soufre lavé.	1

Tout le soufre n'est pas dissous dans l'éther qui n'en prend que le 80e de son poids. On agite avant de se servir de la mixture et on laisse déposer le soufre en excès. Le même auteur rapporte six cas dont cinq de choléra paraissant confirmé, et qui furent suivis de guérison.

RABUTEAU.

Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par E. MALLEZ. *(Paris 1872.)*

Après avoir signalé rapidement les caractères de l'urine à l'état physiologique et à l'état pathologique, l'analyse de ce liquide et la composi-

tion des concrétions urinaires, l'auteur traite des diverses médications usitées dans la thérapeutique des voies urinaires (électricité; hydrothérapie; médication topique de l'urèthre; balsamiques; médications alcalines, hydrominérales; injections vésicales; laxatifs; suppositoires; médications sédative et analgésique, excitante, topique externe, névrosthénique). On lit, avec interêt, les chapitres qui ont trait à la médication topique de l'urèthre, aux alcalins, aux injections vésicales où l'auteur donne la description de son *dynamomètre vésical*, enfin aux eaux minérales de diverse nature. A ce sujet, M. Mallez insiste avec raison sur ce fait que les eaux minérales françaises sont plus riches et plus variées que celles de l'étranger; que si on les a négligées, c'est par ignorance, ou pour suivre la mode.

Il est néanmoins une chose que l'on regrette dans ce travail, c'est de ne pas trouver d'appréciation parmi les formules extrêmement nombreuses que l'auteur a recueillies dans le codex et les divers formulaires.

RABUTEAU.

De l'iodoforme, chimie, physiologie et thérapeutique, par le Dr DECUIQNIERES. *(Thèse de la faculté de médecine, Paris,* 1872.)

Après avoir donné l'historique des travaux chimiques, physiologiques et thérapeutiques entrepris antérieurement sur l'iodoforme, l'auteur rapporte 35 observations détaillées d'ulcères traités avec avantage par ce médicament.

E. HARDY.

Zur Therapie des Tremor (Traitement du tremblement), Alb. EULENBURG. *(Berlin, klin. Wochenschrift,* 11 *novembre* 1872.)

Les expériences de Sklarek (*Arch. Du Bois-Reymond*, 1868), ayant démontré que l'acide arsénieux paralyse les portions de la moelle qui conduisent les impressions, tout en laissant intacts les nerfs moteurs et le système musculaire, c'est en se fondant sur ces résultats, qu'Eulenburg s'est décidé à combattre le tremblement au moyen d'injections sous-cutanées d'arsénite de potasse. La méthode hypodermique a d'ailleurs, pour lui, des avantages marquées sur l'usage, à l'intérieur, de la liqueur de Fowler; outre qu'elle permet d'employer des doses plus considérables, elle met à l'abri des troubles digestifs, si fréquents chez les malades qui font un usage prolongé de ce médicament.

Voici comment l'auteur procède : il se sert d'une solution de 1 partie d'arsénite de potasse, pour 2 d'eau distillée; il injecte en une fois, 20 à 30 gouttes de cette solution, ce qui correspond à la dose considérable de 0,14—0,2 d'arsénite.

Jamais il n'a observé ni accidents d'intoxication, ni phénomènes inflammatoires locaux; la douleur est même moindre que dans les injections de morphine, en général du moins, car chez une femme hystérique, Eulenburg dût reprendre l'usage interne de la liqueur de Fowler.

A la fin de son travail, Eulenburg rappelle que les injections d'arsénite de potasse furent employées pour la première fois, mais infructueusement, par Lehmann de Copenhague, dans un cas de fièvre pernicieuse

puerpérale; depuis lors, de Græfe s'en servit dans le stade algide du choléra; le professeur Lewin les emploie avec succès contre le psoriasis; enfin dernièrement, Lewis Smith (*Medic. Record.*, 1872) leur a trouvé une réelle efficacité dans le traitement de la chorée. J. B.

De l'altération qu'éprouvent les tubes de caoutchouc dans la teinture d'iode. *(Société méd. des hôpitaux*, 1872. — *Bull. gén. de thérap., t. LXXXIII, p.* 440.)

Un tube de caoutchouc laissé à demeure dans une cavité, dans celle de la plèvre par exemple, et servant à livrer passage à des injections de teinture d'iode, subit des altérations telles, que l'extraction peut en devenir difficile et même impossible. Une observation de ce genre ayant été communiquée par M. Bucquoy à la société des hôpitaux, M. Dujardin-Beaumetz fit des recherches sur les altérations qu'éprouvent dans la teinture d'iode, des tubes à drainage en caoutchouc vulcanisé dont on se sert journellement. Il a vu qu'ils augmentaient de volume, devenaient plus durs, qu'ils s'écrasaient sous la pression et se brisaient dès qu'on cherchait à les distendre. Enfin, M. Duquesnel s'est assuré que les tubes en caoutchouc pur, non vulcanisés, c'est-à-dire ne contenant pas de soufre, ne s'altéraient pas dans la teinture d'iode ni dans l'iodure de potassium ioduré. Ce sont donc les tubes en *caoutchouc naturel* que l'on devrait employer exclusivement, pour faire des injections iodées. R.

De l'emploi des enduits isolants contre les complications inflammatoires de la fièvre typhoïde, par Frédéric BERNIER. *(Thèse de Paris*, 1872.)

M. Bernier, neveu de M. Robert de Latour, qui a imaginé un traitement de diverses maladies inflammatoires par l'enduit de collodion (péritonites, orchites, etc.) cherche à établir l'efficacité de cet enduit appliqué sur le ventre dans la fièvre typhoïde, ou sur la poitrine lorsqu'il y a des complications thoraciques. Ce travail, qui ne contient que 15 pages, et dans lequel l'auteur fait souvent des digressions, ne prouve rien. Nous n'en parlerions pas, si M. Bernier ne rapportait une observation, qui n'a pas trait au sujet, dans laquelle M. Lannelongue aurait obtenu la guérison d'une méningite, par l'application du collodion sur la tête préalablement rasée. M. Robert de Latour aurait obtenu des succès par ce moyen, qu'on peut essayer, par conséquent, dans une maladie aussi grave où la thérapeutique est souvent impuissante. R.

Des substances antifermentescibles.

MM. RABUTEAU ET PAPILLON (*Recherches sur les propriétés antifermentescibles et l'action physiologique du silicate de soude. — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n°14, 30 sept.* 1872, *p.* 755-757 *et n°* 18, 28 *oct.* 1872, *p.* 1030-1031) ont étudié l'action du silicate de soude sur diverses fermentations. D'après leurs recherches, la présence d'une solution de ce sel, à dose faible, retarde et, à dose plus forte, peut empêcher de se produire les fermentations alcooliques, lactiques, amygdaliques, sina-

piques, la fermentation de l'urée, la fermentation putride du sang, du pus, de la bile, de l'œuf. Ils ont reconnu que le silicate dissolvait les globules du sang et du pus, les vibrions et les bactéries. L'action du silicate de soude est identique à celle du borax, mais beaucoup plus énergique sur les organismes inférieurs comme sur les animaux supérieurs ; une injection de 1 gramme de silicate de soude pour 40 grammes d'eau dans les veines d'un chien est mortelle, tandis que l'injection de 1 à 2 grammes de borax est sans effet.

Dans une seconde note (*ibid.*, n° 23, 2 déc. 1872, p. 1514-1516), ces auteurs rapportent le résultat d'expériences thérapeutiques dont ce sel a fait l'objet. Ils relatent un cas de M. Dubreuil (1), où une solution à $^1/_{200}$ de silicate de soude injectée dans la vessie d'un malade, atteint de paralysie de la vessie, a fait disparaître l'alcalinité de l'urine par suite de fermentation ammoniacale, et la formation de muco-pus ; ils mentionnent des expériences encore en voie d'exécution, faites par MM. Sée et Gontier, à l'hôpital du Midi, sur l'emploi du silicate de soude dans les écoulements blennorrhagiques et la balanite, simple ou accompagnée d'ulcérations spécifiques.

—Les conclusions de MM. Rabuteau et Papillon concordent parfaitement avec celles de M. PICOT. (Sur les propriétés antifermentescibles du silicate de soude.—*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. LXXV, n° 19, 4 nov. 1872, p. 1124-1125 et n° 23, 2 déc. 1872, p. 1516-1519.) D'après ce dernier, le silicate de soude arrête d'une manière certaine, et à très-petite dose, la fermentation putride ; il retarde la fermentation alcoolique directe et indirecte, la fermentation lactique, la fermentation ammoniacale et putride de l'urine, et cela d'une quantité de temps qui paraît en rapport avec la dose de silicate employée ; il détruit les globules rouges en dehors de l'organisme ; il s'oppose à la transformation en glucose de la matière glycogène du foie. Il aurait de plus une grande efficacité dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez la femme.

—M. BÉCHAMP (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. LXXV, n° 15, 7 *oct.* 1872, *p.* 837-839) établit que le borax retarde l'interversion du sucre de canne, d'autant mieux que sa dose est plus forte ; il montre que cette action est propre au borax, et n'appartient nullement à l'acide borique.

Citons, pour sauvegarder ses droits de priorité, *M. Jacquez* (2) qui, dans deux plis cachetés déposés à l'Institut en 1857 et 1858, mentionnait la conservation des matières animales au moyen du borate de soude et des borates en général.

—M. PETIT (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. LXXV, n° 16, 14 oct. 1872, p. 881-883), mentionne des résultats opposés à ceux des précédents observateurs ; ce qui est à rapporter très-probablement à des différences dans les doses employées. D'après lui, le bichlorure et surtout le bioxyde de mercure sont les corps les plus antifermentescibles. L'acide acétique l'est plus que les acides minéraux ; l'acide oxalique à $^1/_{300}$ ralentit notablement la fermentation ; l'acide arsénieux à $^1/_{100}$ la ralentit ; le phosphore, l'essence de térébenthine à $^1/_{100}$, le créosote à faible dose, la

(1) Société de chirurgie. *Gazette des Hôpitaux*, 23 nov. 1872.
(2) Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 18, 28 oct. 1872, p. 1040-1041.

poudre de moutarde à $^1/_{100}$, les acides lactique et sulfurique à $^1/_{100}$ ne l'entravent nullement ; il en est de même d'une solution de borate de soude à $^1/_{100}$; celle de silicate de soude à $^1/_{100}$ la ralentit au début, mais une fois qu'elle a commencé, elle devient rapide et régulière. Il en est de même à peu près d'une solution à $^1/_{100}$ de sulfate de fer. Les sulfates n'empêchent pas la fermentation. H. TH.

Abstract of a paper on the relative power of various substances in preventing putrefaction and the development of protoplasmic and fungus life (Résumé d'un mémoire sur le pouvoir relatif qu'ont différentes substances de prévenir la putréfaction et le développement des infusoires et des mycodermes), par le Dr F. GRACE CALVERT. (*Medic. Times and Gaz.*, 19 *oct.* 1872, *p.* 443, *et Acad. des Sciences de Paris*, 28 *oct.* 1872.)

Ce mémoire renferme les résultats intéressants auxquels est arrivé l'auteur en étudiant l'influence d'un certain nombre de substances minérales ou organiques sur le développement de la putréfaction, des mycodermes et des infusoires. Il a constaté que certaines substances qui empêchent indéfiniment le développement de l'odeur putride, ne font que retarder l'apparition des mycodermes et des infusoires, et inversement.

L'acide phénique et l'acide crésylique (cresylic acid) sont les seules substances dont l'action préservatrice soit complète. Elles constituent la première classe.

Dans une seconde classe se rangent les substances qui empêchent la production des vibrions, mais ne s'opposent pas à celle des moisissures. Elle comprend le chlorure de zinc, le sulfophénate de zinc et le bichlorure de mercure.

La troisième classe renferme les substances qui permettent la production des vibrions, mais s'opposent à celles des moisissures. On y trouve la chaux, le sulfate de quinine, le poivre, la térébenthine et l'acide prussique.

Une dernière série comprend vingt-cinq substances qui, étudiées à ce point de vue, ne se sont opposées ni à l'apparition des vibrions ni à celle des champignons. Les acides n'empêchent pas la production des vibrions et favorisent notablement celle des moisissures. Les alcalis, au contraire, ne sont pas favorables au développement des champignons, mais excitent celui des vibrions.

E. D.

On the desinfection of air, by A. Ernest SAMSOM. (*British Med. Journ.*, 5 *oct.* 1872.)

L'auteur pense pouvoir désinfecter l'air en y prévenant la formation des germes multiples de fermentation ou de putréfaction, ou bien en tuant ces germes quand ils sont formés. Il s'appuie sur les expériences qu'il a faites dans ce but sur l'action des substances suivantes : les permanganates, le chlore, l'iode, l'acide sulfurique, l'acide carbonique. Les trois premières ont été absolument sans effet, l'acide sulfurique a donné des résultats assez satisfaisants ; pour l'acide carbonique, les résultats

des expériences ont été tout à fait concluants dans les deux sens, c'est-à-dire que ce gaz empêche les germes de se développer, ou bien tue ceux qui existent. Le liquide mis en expérience dans ce cas ne s'est pas putréfié.

A. GOUGUENHEIM.

Sur la détermination des proportions des substances végétales dans les eaux potables ou insalubres, par M. E. MONIER. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 15, 7 oct. 1872, p. 839.*)

Le procédé recommandé par l'auteur est le dosage des matières organiques contenues dans l'eau, par une solution titrée de permanganate de potasse, à une température de 85° à 90°. Ses recherches ont porté sur l'eau de la Dhuys, qui peut être considérée comme d'une très-grande pureté, et sur l'eau de la Seine, prise en divers points de son cours. Il constate ainsi qu'un long parcours ne suffit pas pour que les matières organiques soient détruites ou absorbées : ainsi l'eau de la Seine, à Saint-Germain, à 30 kilomètres au-dessous du collecteur d'Asnières, décompose presque le double de permanganate que n'en décompose l'eau de la Seine prise à Bercy. Ce résultat est très-intéressant au point de vue de l'hygiène publique.

H. TH.

On the influence of lime and magnesia in drinking water in the production of disease, by J. C. MURRAY, M. D., Newcastle-upon-Tyne. (*British Med. Journ., 28 sept. 1872.*)

L'auteur exerce dans un pays où les eaux contiennent de la chaux et de la magnésie et occasionnent une série de malaises gastriques ou urinaires qui disparaissent après l'émigration dans des pays où l'eau est douce, ou bien par l'usage d'eaux modifiées. Le point le plus intéressant de ce travail est le paragraphe relatif aux goîtreux. Ceux-ci sont communs dans ces pays, sans que le crétinisme y soit pour cela plus fréquent qu'ailleurs. Ce goître guérit difficilement, mais, par compensation, le goîtreux est réfractaire aux affections qui sont communes dans ces pays.

En terminant, l'auteur rappelle les idées de Kölliker, de Virchow et d'Aitken sur le crétinisme, que ces savants croient être causé par l'excès de la chaux dans l'eau potable. Cet excès amènerait l'ossification et, par contre, la diminution de calibre des trous de la base du crâne, d'où l'étranglement des vaisseaux et nerfs et l'arrêt de développement cérébral.

A. GOUGUENHEIM.

De l'injection des eaux marécageuses comme cause de la dyssenterie et des fièvres intermittentes, par le doct. Léon COLIN. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, octobre 1872.*)

En consultant son expérience personnelle, ses observations recueillies en Algérie, M. Léon Colin arrive à conclure que l'usage interne des eaux

marécageuses, cause beaucoup moins les fièvres intermittentes, qu'on ne l'a admis, surtout depuis Torti ; qu'en un mot, ces eaux n'ont pas l'action spécifique du miasme palustre atmosphérique, qu'elles n'agissent dans le développement de cette intoxication que dans la série des causes vulgaires, qui diminuent la résistance de l'organisme aux influences morbides. A Paris même, l'eau stagnante est moins dangereuse que les émanations du sol, lors même que celui-ci n'est pas marécageux. Mais ces mêmes eaux, riches en matières organiques, produisent d'une manière fréquente et incontestable, certaines affections intestinales, et plus spécialement la dyssenterie. Le thé et le café les assainissent, comme on le sait.

Ce nouveau travail de M. Colin est aussi intéressant que son étude sur les sels de quinine dont il peut être considéré comme une suite.

R.

Ozonometrische Beobachtungen (Observations ozonométriques), par le Dr HULLER, à Driburg.

L'influence considérable de l'ozone atmosphérique sur les combustions de l'organisme animal et sur la destruction des principes infectieux a donné à l'auteur l'idée de faire pour la détermination de la richesse de l'air en ozone des observations analogues à celles que l'on fait avec le baromètre et le thermomètre.

Ces déterminations ont été faites au moyen de bandes de papier ioduré et d'une échelle ozonométrique de seize nuances. Les bandes de papier furent suspendues, à l'abri du soleil et de la pluie, à 25 pieds environ au-dessus du sol, sur le mur tourné vers l'est d'une maison située au milieu de l'établissement des bains et ne présentant pas d'humidité.

Les résultats des observations faites pendant les mois d'août, septembre et octobre, sont favorables à l'établissement de Driburg, et lui donnent la supériorité sur Marienbad, Kissingen, Meran, Wiesbaden et Menton, où l'on a déjà fait des observations analogues. Les principales augmentations sont dues, d'après l'auteur, à l'évaporation des eaux et à l'énergie de la végétation; aussi trouve-t-il les résultats du mois d'octobre plus forts qu'il ne l'aurait cru. Ce fait reste encore sans explication.

T. K.

De l'habitude dans ses rapports avec la physiologie et l'hygiène, par Paul-Auguste PAULY. *(Thèse de Paris, 1872.)*

Au sujet de l'habitude dans ses rapports avec les fonctions de la vie de relation, l'auteur formule les deux lois suivantes :

« 1° L'habitude a la propriété d'augmenter ou de diminuer l'énergie « des organes, suivant que le degré d'activité qu'elle détermine reste « dans la limite de leur activité physiologique ou qu'elle la dépasse. »

« 2° L'habitude tend à affaiblir la conscience des actes qu'elle a pro-

« voqués et à les rendre de plus en plus indépendants de notre volonté. »

La distinction entre l'habitude et la *tolérance* ne sont pas établies. Il rappelle, il est vrai, ce principe établi par M. Bouchardat, qu'on ne s'habitue pas aux substances qui sont toxiques pour tous les êtres de la série animale ; mais on se serait attendu, d'après le titre de la dissertation, à l'explication physiologique de la tolérance pour l'opium et pour l'arsenic dont il fait mention. Il s'agit souvent d'une question d'élimination. Ainsi, on s'habitue au tabac parce que la nicotine, qui est volatile, s'élimine vite. Quant aux jeunes pousses d'aconit que les Lapons mangent comme des asperges, il n'est pas étonnant qu'on s'y habitue, attendu qu'elles ne contiennent pas d'aconitine. On sait, en effet, que les aconits qui croissent dans les régions septentrionales ne sont pas ou sont très-peu toxiques.

RABUTEAU.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Thérapeutique médicale.

CHEMISTRY. — *General, medical and pharmaceutical*, by John ATTFIELD, Ph. D. (*Med. Times and Gaz.*, 9 nov. 1872.)

Ayear-book of therapeutics, pharmacy and alind sciences. — Edicted by HORATIO WOOD, professor in the university of Pensylvania.

Des maladies par ferments morbides et de leur traitement par les sulfites alcalins, par le Dr di PIETRA-SANTA. (*Un. méd.*, 26 oct. 1872, p. 657 et 16 nov. 1872, p. 765.)

Album illustrato rappresentante la topografia nervo-muscalare o i punti d'elezione per usa della terapia elettrica (Album illustré représentant la topographie nervo-musculaire ou les points d'élections à l'usage de la thérapeutique électrique, du Dr César BRUNELLI et Hermann LŒSCHER). — Rome, 1872.

Sulla dieta lattea nelle malattie giudicate incurabili (Sur la diète lactée dans les maladies générales, dites incurables). Observations lues au congrès sanitaire des hôpitaux de Gênes, par F.-M. BALESTRIERI, Milan. (Extr. des *Ann. univ. de méd*, mars 1871.)

Il reumatismo articolare acuto et l'apparecchio inamovibile (Le rhumatisme articulaire aigu et l'appareil inamovible), par le prof. Louis CONCATO. — Bologne. Typ. Fava et Garagnani, 1872.

Sur la cinchonine. Lettre du Dr JEANNEL. (*Union méd.*, 8 oct. 1872, p. 550.)

The treatment of inveterate ague (Traitement de la fièvre intermittente invétérée), par William BLOWER. (*Lancet*, 2 novembre 1872.) Par l'opium à haute dose après insuccès complet des antipériodiques ordinaires.

On the action of quinia on the uterus (action de la quinine sur l'utérus), par O.-H. SEEDS.

Oxytocic action of quinia, par R. RUTLAND. (*The American Journal of the medical sciences*, october 1872.)

La quinine donnée contre la fièvre intermittente, chez les femmes enceintes, n'amène pas l'avortement ; elle semble au contraire le prévenir.

Application du sulfate de quinine dans la métrorrhagie, par GUÉNEAU DE MUSSY. (*Société de thérapeutique*, 6 décembre 1871. — *Gazette médicale*, 12 oct. 1872.)

Acute peritonitis in a child seven years old ; remarkable tolerance of opium; recovery (Péritonite aiguë chez un enfant de sept ans ; remarquable tolérance de l'opium ; guérison), par C. CAYLEY. (*Brit. med. Journ.*, 30 nov. 1872.)

Homerton fever hospital. — The cold bath in treatment of enteric and typhus fever (Hôpital des fiévreux d'Homerton. — Les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde), by Dr Alexandre COLLIE. (*The Lancet*, 28 sept. 1872.)

St. Georges hospital. — Enteric fever ; abscess of the neck as a complication ; treatment by wet sheet packing ; recovery ; relaps and second recovery (Fièvre typhoïde, abcès du cou, traitement de la fièvre par l'enveloppement, rechute de la maladie, guérison), by J. OGLE. (*Lancet*, 2 nov. 1872.)

A case of cholera treated by calomel, recovery by HARDINGE. (*Lancet*, 28 sept. 1872.)

Lupus of seven year's standing succesfully treated by large doses of iodide of potassium, by Robert MUNRO. (*Lancet*, 19 oct. 1872.)

Il croup et la tracheotomia (Le croup et la trachéotomie), par VALERANI. Turin, 1872. — C'est un mémoire intéressant, dans lequel l'auteur fait suivre de judicieuses réflexions l'histoire de trois cas de trachéotomie pratiqués par lui; dans l'un d'eux on note un succès chez un enfant de dix-sept mois.

Sur les causes de fièvres intermittentes et le moyen de les combattre, par M. E. FERRIÈRE. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, t. LXXV, no 19, 4 nov. 1872, p. 1122-1124.)

Contribuzione alla conoscenza dell'azione del conduranjo (Contribution à la connaissance du condurango), par le prof. G. GIANNUZZI et le Dr G. BUFALINI. Siena, 1872.

45e réunion des naturalistes et médecins allemands à Leipzig. (*Deutsche Klinik*, no 36 et 25.)

Le Dr SCHÜTZ de Prague annonce de très-bons résultats obtenus par l'administration du brome dans le croup.

Le Dr KÖHLER de Halle recommande comme excellent vomitif l'apomorphine

fraîchement préparée qui diffère de la morphine dans sa composition chimique par le manque de H2O et surtout dans son action physiologique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward-H. Clarke et Robert Amory (de Boston). Traduction par Labadie-Lagrave. (*Gazette hebdomadaire*, 4 octobre 1872, et nos suivants.)

Étude sur la thoracentèse, par P. Berruyer. (*Thèses de Paris*, n° 325, 1872.)

Résumé sur la thoracentèse, par J. Ligerot. — (*Thèses de Paris*, n° 364, 1872.)

The hot sand-bath (Les bains de sable chaud), by Dr Courade. (*Brit. med. Journ.*, 2 nov. 1872.)

Note sur une poudre bismutho-calcaire, par le Dr Pomiès, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Lyon méd.*, n° 25, déc. 1872, p. 508.)

De l'action des différents climats dans le traitement de la phthisie pulmonaire, note lue à la Soc. méd. d'émulation le 9 nov. 1872, par le Dr H. Gouraud, agrégé libre de la faculté de médecine. (*Un. méd.*, n° 140, 26 nov. 1872, p. 809.)

Vin aromatique onctueux inaltérable pour pansements des plaies languissantes, par M. Ferrand, pharmacien chimiste à Lyon. (*Lyon méd.*, 27 oct. 1872, n° 22, p. 296.)

Hygiène.

Heath and comfort in house-building or ventilation with warm air by self-acting suction power, by Drysdale, M. D. and J. W. Hayward, M. D. (*Med. Times and Gaz.*, 9 nov. 1872.)

Beitrag zur Lehre von der Tödlichkeit trichinöser Einwanderung (Contributions à l'étude de la mortalité déterminée par la trichinose), H. Schauenberg. (*Vierteljahr. Id., Id., Id.*, p. 294.)

Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Baumwollenweber (Conditions sanitaires des ouvriers tisseurs de coton), Blaschko. (*Vierteljahr. Id., Id.*, p. 327.)

Employment of women in white-had manufactories, by Bevau Lewis. (*Medic. Times and Gaz.*, 16 nov. 1872.)

Note sur un nouveau moyen de préparer sans mercure les poils de lièvre et de lapin destinés à la fabrication des chapeaux de feutre, par M. Hillairet. (Rapport de M. Delpech, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 nov. 1872, n° 38.)

Du pain fabriqué avec de l'eau de mer et de son influence sur la digestion et les autres fonctions de la vie organique, par le Dr E. Lisle. (*Bordeaux médical*, n° 33.)

Hospital hygiène being the annual address to the Southampton medical Society, 1872. — London, J. and. A Churchill.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

ANALYSES.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, 1re V., par L. GOSSELIN, Paris, 1872.

Le lecteur consultera avec fruit la leçon sur l'*anesthésie chirurgicale*, où l'auteur avance que c'est surtout chez les individus qui ont l'*habitude invétérée des alcooliques* ou qui ont subi un *ébranlement nerveux considérable* par le fait d'un traumatisme récent que le chloroforme ou l'éther produit la mort d'une manière brusque et inattendue. Nous signalons aussi à son attention les leçons sur la *consolidation des fractures,* sur les *fractures de la jambe*, de *la rotule, du fémur*, de l'*extrémité inférieure du radius,* et sur la fracture de la *clavicule par contraction musculaire*. L'espace qui nous est réservé dans cette revue, ne nous permet pas non plus de nous arrêter sur les *maladies articulaires* qui font l'objet des sept dernières leçons du tome I. Nous dirons seulement qu'après avoir fait connaître les moyens de *diagnostic des luxations traumatiques*, l'auteur étudie, à propos de l'articulation du genou, les différentes formes cliniques des inflammations articulaires, l'*arthrite traumatique*, l'*arthrite spontanée*, l'*arthrite aiguë, l'arthrite chronique* et les terminaisons de ces arthrites, tantôt par l'*ankylose*, tantôt par des épanchements séreux ou purulents, quelquefois par une altération des cartilages et par la production d'ostéophytes, lésions qui constituent l'*arthrite sèche*. Nous devons seulement analyser les parties de l'ouvrage qui présentent les aperçus les plus nouveaux, Ce sont : les *maladies chirurgicales de l'adolescence*, l'*arthrite traumatique,* les *plaies par armes à feu* et la *septicémie chirurgicale*,

I. *Maladies chirurgicales de l'adolescence.* — Sous ce nom, M. Gosselin comprend les maladies qui se développent entre 15 et 25 ans, *période de la vie à laquelle correspondent et le développement de la puberté et l'achèvement, parfois avec des soubre-*

sauts rapides de la croissance du squelette. Ces maladies, telles que *l'ongle incarné, l'exostose sous-unguéale du gros orteil, l'exostose de développement*, les *polypes fibreux naso-pharyngiens, l'ostéite épiphysaire, la tarsalgie*, appartiennent presque exclusivement à l'adolescence ou sont beaucoup plus fréquentes à cet âge qu'à tous les autres. Le clinicien doit tirer de cette notion des conséquences pronostiques et thérapeutiques fort importantes qui, avant M. Gosselin, avaient été fort peu indiquées.

— L'*ongle incarné du gros orteil* (leçon 5), reconnaît probablement pour cause une croissance rapide, par suite de laquelle l'ongle devient trop large par rapport à la peau qui le circonscrit, ou par suite de laquelle les chaussures deviennent trop étroites. Les femmes en sont beaucoup moins souvent atteintes que les hommes, puisque M. Gosselin en a soigné 54 cas chez les garçons et 10 seulement chez les filles. Sur les 54 cas des garçons, 41 cas se sont développés de 14 ans et demi à 20 ans ; 9 cas, de 21 ans à 25 ans ; 4 cas, de 26 ans à 30 ans ; passé 30 ans, l'auteur n'en a pas observé. Chez les femmes, l'adolescence joue le même rôle que chez les hommes, puisque sur 10 femmes, 9 appartenaient à la période de 15 à 22 ans. L'indigence est une des causes les plus efficaces : sur les 54 cas précédents, 2 seulement appartiennent à des malades aisés. L'ongle incarné est bien plus fréquent au côté externe du gros orteil qu'au côté interne, et quand ce dernier est pris, l'externe l'est presque toujours en même temps.

Tous les procédés qui ont été imaginés pour guérir l'ongle incarné, pansement, arrachement de l'ongle, opérations complexes, exposent plus ou moins à des récidives. Mais ces récidives n'ont lieu que pendant la période de la vie qui prédispose à cette maladie. *Passé l'adolescence, le mal ne revient plus quand il a été traité* C'est là une vérité que l'auteur a parfaitement mise en relief. Le procédé qu'il suit, consiste à arracher l'ongle et à enlever une portion de sa matrice du côté incarné, afin que l'ongle repousse plus étroit. Ce procédé ne l'a pas toujours mis à l'abri des récidives, lorsque les sujets étaient encore dans la période de l'adolescence ; mais, l'opération étant faite après cet âge, il a constaté que la récidive n'avait jamais lieu.

— *L'exostose sous-unguéale du gros orteil* (leçon 6), est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Sur 8 malades, 7 étaient des adolescents ; un seul avait 47 ans, ce qui prouve que cette maladie peut se développer exceptionnellement chez les adultes. La cause occasionnelle paraît être la pression de la chaussure. L'anatomie pathologique montre que c'est une tumeur ostéo-fibreuse, fibreuse à sa face libre, osseuse dans le point où elle s'implante sur la première phalange. Le traitement consiste dans l'arrachement de l'ongle et dans l'ablation de la tumeur avec un fort bistouri, en creusant un peu la face supérieure et le bord antérieur de la pha-

langette. L'auteur préfère cette ablation à l'amputation dans l'articulation ou dans la continuité de la phalangette, parce qu'elle présente moins de dangers. Il n'a pas observé de récidive sur ses huit cas.

— Une aberration ou un excès de développement du tissu osseux sur certains points du squelette, à l'époque où la nature travaille à l'achèvement de ce dernier, forment des tumeurs osseuses que l'on a appelées *exostoses de développement* ou *exostoses épiphysaires*, (leçon 7), parce qu'elles naissent souvent du cartilage épiphysaire. Ces tumeurs existent plus souvent sur les membres inférieurs que sur les supérieurs ; plus souvent au voisinage des extrémités que sur le corps des os. M. Gosselin conseille de s'abstenir de les enlever, parce qu'elles ne constituent qu'une difformité plus ou moins disgracieuse, et que leur ablation entraînerait une opération sanglante qui expose aux dangers de la suppuration osseuse. Passé l'adolescence, ces tumeurs restent stationnaires et ne causent aucun trouble fonctionnel.

— Les recherches de M. Nélaton et de ses élèves ont bien fait connaître l'anatomie pathologique et le siége de ces *fibromes* ou *polypes fibreux naso-pharyngiens* (leçon 8), qui, nés de l'apophyse basilaire, se développent dans le pharynx et envahissent la cavité des fosses nasales. Elles ont appris les redoutables accidents qu'ils produisent. Elles ont établi, en outre, qu'on ne les a observés jusqu'à présent que sur les jeunes garçons. A ces notions, M. Legouest ajouta l'opinion que ces sortes de tumeurs, pour l'ablation desquelles des opérations très-hardies ont été imaginées, pourraient être traitées par des moyens simples et palliatifs jusqu'au moment où l'âge de leur formation habituelle fût passé. Il était réservé à M. Gosselin de voir sur un malade un polype naso-pharyngien qui avait produit des accidents très-graves, disparaître spontanément à l'âge où l'adolescence finit. Les observations ultérieures diront si ce fait doit être considéré comme la règle. Tout ce qu'on sait, c'est que les récidives, qui ont été publiées, portent toutes sur des jeunes gens. Passé un certain âge, on n'en parle plus. M. Gosselin en conclut qu'il ne faut pas trop se préoccuper des récidives : « Il s'agit ici d'une maladie de l'adolescence. Faites, dit-il, que votre sujet devienne adulte, et si sa tumeur ne disparaît pas d'elle-même, vous aurez grande chance de le guérir alors sans récidive par une opération. » La conséquence thérapeutique est qu'il ne faut faire d'opérations graves et complexes que si des opérations simples et palliatives, telles que l'arrachement et la ligature, sont insuffisantes pour faire vivre le malade jusqu'à la fin de l'adolescence, ou bien, si, le sujet ayant passé ce terme de la vie, on ne voyait point la tumeur diminuer et s'affaisser par un travail de résorption spontanée.

— A l'âge où la nutrition des os est dans toute son activité, pour satisfaire aux besoins de l'accroissement du squelette, on voit sur

venir spontanément ou à la suite de causes très-légères, telles qu'un coup, une chute ou une marche prolongée, des inflammations qui débutent soit par le cartilage épiphysaire, soit par la substance osseuse située au voisinage de celui-ci. Les *ostéites épiphysaires* revêtent deux formes principales, parfaitement étudiées par M. Gosselin, les unes sont *subaiguës et n'ont pas de tendance vers la suppuration*, les autres sont *aiguës et suppurent.*

Parmi les premières, l'auteur cite deux cas d'ostéite lente et subaiguë de la tubérosité antérieure du tibia et du grand trochanter (leçon 9), et une variété rare d'ostéite de l'extrémité articulaire des os longs, qui laisse après elle une hyperostose et quelquefois une ankylose incomplète (leçon 11). Lorsque ces ostéites ne s'accompagnent pas de fièvre, lorsque les douleurs sont modérées, lorsque le sujet n'est pas strumeux, elles ne deviennent pas suppurantes. Le repos et les moyens les plus simples suffisent à les guérir. Mais l'os affecté reste plus ou moins hypertrophié.

A côté de ces ostéites lentes et subaiguës, il existe des *ostéites épiphysaires aiguës* qui revêtent chez les adolescents un caractère de gravité qu'on n'observe plus aux autres époques de la vie (leçons 10 et 11). La forme aiguë et marchant rapidement vers la suppuration est plus fréquente que la forme précédente. Les os qui en sont le plus souvent affectés sont l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité inférieure du tibia. Elle présente trois variétés qui dépendent du siége et de l'abondance de la suppuration :

Première variété. — L'inflammation n'occupe que la face externe du périoste; l'ostéite ne devient suppurative ni dans le tissu compacte ni dans la substance médullaire; elle l'est seulement entre le périoste et les couches musculaires. L'abcès se termine sans laisser ni fistule ni nécrose ; mais il reste une hyperostose.

Deuxième variété. — L'inflammation occupe toute l'épaisseur de l'os ; mais c'est seulement la surface de l'os qui suppure ; les autres points de l'os, substance compacte et moelle, ne suppurent pas ; l'ostéite y reste plastique et donne l'hyperostose. Si l'articulation voisine se prend, l'arthrite ne devient pas suppurative non plus.

Troisième variété. — Toutes les parties constituantes de l'os deviennent malades et suppurent, et l'inflammation suppurative se propage, soit le long du périoste, soit le long du parenchyme de l'épiphyse et à travers le cartilage diarthrodial érodé, jusqu'à la synoviale voisine. Elle se termine très-souvent par la mort, ou, si le malade survit, par une nécrose avec une suppuration et des fistules persistantes.

Le diagnostic de ces différentes variétés n'est pas toujours facile à établir. Il a pourtant une grande importance, car tant que l'articulation n'est pas envahie par la suppuration, la conservation du membre est la règle. Dans le cas contraire, les chances de l'infection

purulente et de l'hecticité sont tellement grandes que l'amputation offre beaucoup plus de chances de guérison.

Mais, si le patient échappe à tous les accidents qui le menacent, soit en conservant une hyperostose, soit en conservant une nécrose, il faut savoir qu'il gardera, pendant toute l'adolescence, une grande tendance à avoir, pour les moindres causes, de nouvelles poussées d'inflammation. Il faut savoir, en outre, qu'après cet âge cette fâcheuse prédisposition disparaîtra. Le sujet devenu adulte ne conserve plus que des déformations articulaires, une hyperostose et un amoindrissement musculaire déterminés par la maladie primitive.

— La *tarsalgie des adolescents* (leçon 12), se caractérise par une douleur au pied pendant la station vérticale et la marche prolongée, par une déviation du pied en dehors ou valgus, et par une contracture des muscles antérieurs ou externes de la jambe. Cette maladie n'était que très-imparfaitement connue avant M. Gosselin. Il a démontré qu'elle ne dépend pas d'une contraction primitive des muscles, comme le croyaient MM. J. Guérin, Bonnet (de Lyon), Nélaton et Duchenne (de Boulogne), mais d'une ostéo-arthrite médio-tarsienne appartenant à la variété des arthrites sèches. L'altération articulaire est primitive, la contracture n'est que secondaire et disparaît, selon le degré de la maladie, soit pendant le repos simple, soit pendant le sommeil anesthésique. Lorsque la tarsalgie dure depuis longtemps, il peut se faire que les muscles passent à cet état de raccourcissement permanent qui constitue la rétraction ; il peut même se faire que les articulations médio-tarsiennes, et surtout l'articulation astragalo-scaphoïdienne s'ankylose par fusion. Mais la suppuration des os n'arrive jamais, surtout si le sujet n'est pas scrofuleux.

La tarsalgie reconnaît pour causes la station debout et les marches prolongées à une époque de la vie où le pied n'est pas assez solidement organisé pour supporter le poids du corps souvent avec l'addition de fardeaux plus ou moins pesants. On rencontre quelquefois des exemples de valgus sur des adultes ; mais on apprend bientôt qu'ils ont acquis ce vice de conformation à l'âge de 16, 17 ou 28 ans. D'ailleurs, le valgus n'est plus une occasion de douleurs et de gêne, passé l'adolescence.

Le repos et l'immobilisation du pied pendant deux ou trois mois dans un bandage inamovible suffit souvent à amener une guérison solide et définitive. Mais, lorsque les péroniers sont rétractés, il faut sectionner leurs tendons avant d'appliquer l'appareil et de mettre le pied dans une bonne position. On est exposé aux récidives jusqu'à l'âge adulte.

II. — Avant de passer à l'étude des plaies par armes à feu et de la septicémie chirurgicale, M. Gosselin s'explique dans les leçons 29 et 30, sur ce qu'il entend par l'*ostéite traumatique* et la *né-*

crose. Et d'abord, au lieu du mot ostéite, il préfère employer celui d'*ostéo-myélite*, parce que l'os tout entier participe à l'inflammation, la moelle aussi bien que le tissu compacte. L'idée qui domine dans ces leçons, c'est que l'ostéo-myélite traumatique affecte toujours l'une des deux formes suivantes : la *forme plastique*, qui est subaiguë et bénigne ; la *forme suppurative* qui est suraiguë et grave. Cette dernière forme fait le danger des plaies osseuses exposées au contact de l'air, parce qu'elle peut s'accompagner très-rapidement d'une putréfaction de la moelle osseuse, même avant l'apparition du pus.

La *nécrose*, engendrée par la suppuration du tissu compacte, n'est pas une entité pathologique spéciale ; ce n'est qu'un incident de l'ostéo-myélite suppurante, quand celle-ci ne devient pas putride et mortelle. La nécrose vient, chez les adultes, ordinairement à la suite d'un travail inflammatoire spontané, développé dans le tissu osseux.

III. — Les leçons sur les *plaies par armes à feu* contiennent un grand nombre d'aperçus nouveaux. L'auteur les divise en *plaies des parties molles* et en *plaies avec fracture des os*.

Parmi les premières, je ne dirai rien des *plaies en sillon* ou *gouttière*, ni des *plaies en cul-de-sac* (leçon 30), mais je ferai ressortir que dans les *plaies en séton* (leçon 31), le trajet peut *ne pas suppurer* ou *ne suppurer que partiellement*, et, quand on le voit suppurer, c'est une forte présomption en faveur de l'existence de corps étrangers. Ce fait de la réunion immédiate d'une partie ou de la totalité du trajet n'avait pas encore été signalé par les auteurs classiques.

De tout temps on a préconisé certains topiques dans les plaies par armes à feu. Mais des topiques spéciaux ne sont indiqués que lorsque la cicatrisation se fait irrégulièrement. Par là, l'auteur entend l'anémie des bourgeons charnus, la diphthérite, les ulcérations superficielles qui surviennent à la période où la granulation s'est établie. Contre ces états, il conseille les topiques stimulants. Quant à la pourriture d'hôpital, telle que les descriptions classiques du commencement de ce siècle l'avaient fait connaître, M. Gosselin déclare n'en avoir pas observé d'exemple bien positif pendant le siége de Paris.

Dans la leçon sur les *plaies par armes à feu avec fracture des os*, l'auteur montre que la guérison peut arriver sans que l'os suppure. Il n'y a que l'ostéite inévitable après toute espèce de fracture ; mais cette ostéite reste *plastique ;* et par cela même qu'il n'y a pas de suppuration osseuse, il n'y a ni fièvre traumatique, ni infection purulente, ni nécrose consécutive. Il faut tenir grand compte de la possibilité d'une guérison sans suppuration dans le choix des moyens de traitement à employer dans les premiers jours d'une fracture par coup de feu. On doit immobiliser le membre et éviter

toute exploration, tout débridement tendant à s'assurer de l'étendue de la fracture et de la présence des corps étrangers, s'abstenir, en un mot, de toutes ces manœuvres qui consistent à introduire dans les plaies des stylets ou les doigts. On n'aura que trop souvent l'occasion d'explorer la blessure au bout de quelques jours, si la suppuration profonde survient.

IV. — La *fièvre traumatique* (leçon 34), est légère ou manque dans les plaies des parties molles et même dans les plaies avec fracture des os, lorsque ceux-ci ne doivent pas suppurer; mais elle se déclare dans toute son intensité toutes les fois que, des fractures étant compliquées de plaie, la suppuration se prépare dans les os eux-mêmes ou dans les grandes cavités articulaires. Avant Otto Weber, Billroth et Panum, M. Gosselin (*Bul. de la soc. de chirurgie, 1855*), avait déjà dit que cette fièvre était due au passage dans le sang de matériaux putrides provenant de la décomposition à l'air des liquides sanguins, séreux et séro-purulents versés pendant les premières heures avant l'établissement parfait de la suppuration et absorbés par les vaisseaux de la plaie. La fièvre traumatique ne serait donc autre chose qu'une *septicémie*, la *septicémie traumatique* des premiers jours, par opposition à l'infection purulente qui arrive plus tard. D'après M. Gosselin, la putréfaction de la graisse médullaire ou de la matière grasse de la synovie serait l'origine du poison septique de la fièvre traumatique grasse. Il considère cette putréfaction de la moelle osseuse comme une des formes de l'ostéo-myélite, et lui donne le nom d'*ostéo-myélite putride primitive* ou précédant la suppuration (leçon 29).

L'*infection purulente* (leçon 35) est probablement produite, comme la fièvre traumatique, par l'absorption d'un poison putride. Bien avant les écrits des Allemands, cette opinion a été émise et étudiée en France par Gaspard et Magendie (1823); Bouillaud (1825); Bonnet (1837); P. Bérard (1842); Darcet, Sédillot (1843); et Gosselin (1854-55). Les auteurs allemands n'ont fait que confirmer par quelques expériences sur les animaux les vues qui avaient été émises par nos compatriotes et par M. Gosselin; et comme ils n'ont pas cité les auteurs français qui les ont précédés dans cette voie, ils ont fait croire qu'ils étaient les inventeurs exclusifs de la doctrine de la septicémie. Ce poison provient de la décomposition putride du pus, du sang, des eschares et du détritus exsudatif de la moelle osseuse enflammée et gangrénée. Le poison des premiers jours, qui donne lieu à la fièvre traumatique, paraît différent de celui qui se développe plus tard et qui produit l'infection purulente. Ce dernier a d'autant plus de chances de se produire que le premier a manifesté sa présence par des symptômes plus accusés.

Dans la 36me leçon l'auteur examine les différentes causes de l'*intoxication septicémique chirurgicale*, et en déduit, pour le trai-

tement prophylactique, des règles très-importantes. (Consultez la discussion sur l'infection purulente, dans les *Bull. de l'Acad. de médecine, mars* 1871.)

POLAILLON.

De la périarthrite scapulo-humérale et des raideurs de l'épaule qui en sont la conséquence, par le Dr Simon DUPLAY, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. (*Arch. gén. de médecine, novembre* 1872.)

La périarthrite scapulo-humérale qui a été spécialement étudiée par le professeur Jarjavay dans sa première période aiguë (voyez Gaz. hebd. 1867, page 325, sur la luxation du tendon de la longue portion du muscle biceps huméral), est extrêmement commune, puisque d'après M. Duplay, il ne se passe guère de mois qu'on n'ait l'occasion d'en observer quelque cas à la consultation d'un des grands hôpitaux de Paris.

Cette affection survient ordinairement quelques semaines ou quelques mois à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent de l'épaule, d'une contusion simple, d'une torsion violente du bras, sans luxation ni fracture ou même d'une luxation de l'épaule, facilement réduite ; dans un cas elle s'est déclarée après une immobilité prolongée que le membre supérieur avait dû conserver, par suite d'un phlegmon de la main et de l'avant-bras compliqué plus tard d'un érysipèle étendu jusqu'à l'épaule.

Les symptômes de cette maladie, dont l'auteur présente huit observations, consistent dans la gêne des mouvements de l'épaule et dans les douleurs provoquées.

Tous les mouvements dont l'articulation scapulo-humérale est normalement le siége, se font incomplétement , avec de la gêne et de la douleur. A un examen superficiel, on peut être tenté de rattacher tous les symptômes à une simple douleur rhumatismale. Mais si, pour mieux étudier les mouvements de l'épaule, le médecin se place derrière le malade déshabillé (ce qu'il faut toujours faire en pareille occurrence), il voit bientôt qu'aucun mouvement ne se passe dans l'articulation humérale. Le malade peut bien, par exemple, écarter avec une certaine gêne son bras du tronc, il pourra même porter sa main sur la tête, son bras en avant et en arrière, et lui faire exécuter quoique avec peine certains mouvements de circumduction. Cependant, l'articulation scapulo-humérale est immobile, et toute la locomotion s'opère aux dépens de l'omoplate qui, pivotant autour de ses articulations claviculaires, subit un déplacement tel que son angle inférieur se porte en dehors et vient faire une saillie plus ou moins accusée sur les parties latérales du thorax. A l'état normal, ce déplacement du scapulum ne se produit dans l'abduction que lorsque le bras a sensiblement atteint la

ligne horizontale, tandis que, dans l'affection dont il s'agit, il se fait dès le début même du mouvement , différence importante qui apparaîtra plus évidente si l'on compare le côté sain et le côté malade. Du reste, il arrive assez souvent que l'abduction atteint à peine l'horizontale. La rotation du bras et surtout l'action de porter la main derrière le dos sont impossibles, parce que l'omoplate ne peut guère suppléer à ces mouvements, et la gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale sera bien plus manifeste, si l'on maintient solidement la pointe de l'omoplate avec une main, tandis que l'on imprime avec l'autre des mouvements directs à l'humérus. Cette variété de raideur de l'épaule a pour cause, comme les données de la clinique et les résultats d'une autopsie l'ont démontré, une périarthrite ayant amené à sa suite un épaisissement de la bourse séreuse sous-acromiale et des adhérences fibreuses entre la face profonde du deltoïde et l'extrémité supérieure de l'humérus.

Les douleurs, généralement nulles pendant l'immobilité du membre, sont provoquées par les mouvements et la pression exercée en différents points. Dans ce dernier cas, on les constate un peu au-dessous du bord interne de l'acromion et surtout en arrière, au niveau de l'insertion humérale du deltoïde, de l'apophyse coracoïde. Ces douleurs sont dues à une névrite du circonflexe, résultat de la compression, du tiraillement exercé sur ce nerf par les adhérences et les brides fibreuses. Deux fois sur dix, l'auteur a observé une attitude vicieuse de l'avant-bras qui reste dans la demi-flexion. Si dans ce cas, on cherche à obtenir, de vive force, l'extension complète de l'avant-bras, le malade accuse une douleur vive au niveau du pli du coude et à l'épaule vers l'apophyse coracoïde, dans les points d'insertion du muscle biceps dont l'élongation est devenue douloureuse, par suite d'adhérences anomales de l'extrémité supérieure de ce muscle. Deux fois sur dix également, M. Duplay a noté une crépitation pendant les mouvements spontanés et provoqués de l'épaule ; dans d'autres cas, il y a un sentiment d'engourdissement, de fourmillement, de refroidissement dans la partie interne et externe du bras, de l'avant-bras et de la main, c'est-à-dire sur le trajet du brachial cutané interne, du cubital et du radial. Ces différents nerfs, comme le circonflexe, englobés dans une masse de tissus fibreux peuvent, comme lui, prendre part à la phlegmasie. — Enfin, lorsque le mal est ancien, on constate un aplatissement du moignon de l'épaule, une excavation des régions sus et sous-épineuses, due à l'atrophie des muscles deltoïde, sus et sous-épineux.

Les frictions, les douches, l'électricité qui, à titre de moyens préventifs, peuvent être d'une grande utilité dans la période aiguë de la maladie, deviennent insuffisantes, lorsque les adhérences et les brides fibreuses sont solides. Il faut les rompre en faisant exécuter, pendant la chloroformisation du malade, des mouvements nombreux

et étendus à l'articulation de l'épaule. Pendant plusieurs jours, ensuite, on aura recours au massage, aux douches, à l'électricité, et on imprimera au membre des mouvements gradués et méthodiques.

HENRI HUCHARD.

Beitrage zur Lehre von der Heilung der Fracturen (*Contribution à l'étude de la consolidation des fractures*), **par Julius WOLFF**. (*Archiv. für klinische Chirurgie, XIVe vol., 2e fascicule; Berlin*, 1872.)

L'auteur qui, dans ses études sur la conformation intérieure et le développement des os, ne s'était guère occupé que de l'extrémité supérieure du fémur, a presque exclusivement dirigé son attention sur la consolidation des fractures qui atteignent cette portion du squelette.— Sous le motif apparent de chercher les lois qui président à la réparation des solutions de continuité des os, il a voulu trouver dans ce processus pathologique de nouvelles preuves à l'appui de ses idées sur l'anatomie et la physiologie du système osseux.

W. a cru remarquer qu'à la suite des fractures non-seulement la conformation extérieure de l'os tend à se rétablir par la résorption lente des saillies anomales, suites du déplacement; mais que sa conformation intérieure se modifie profondément. Les trabécules du tissu spongieux tant entre les fragments que loin du foyer et jusque dans les épiphyses, se rangent sur des courbes correspondant aux nouvelles lignes de résistance. Toutes les conditions statiques de l'os étant changées par sa déformation, les trabécules anciens, devenus inutiles, disparaissent et de nouveaux se produisent dans toute sa longueur.

Toutes les fractures, suivant W. présenteraient des phénomènes ultérieurs analogues; il en serait de même lorsque le rachitisme, changeant la forme d'un os, modifie ses conditions statiques. L'auteur du reste est bref sur ce point qui sera le sujet d'un nouveau mémoire.

De ces faits W. déduit sa théorie de la consolidation dont voici le résumé succinct.

Deux ordres de travail constituent le processus réparateur des fractures. L'un immédiat, ou formation du cal, a été bien étudié par les auteurs anciens et modernes : c'est une cimentation grossière des extrémités osseuses par une masse destinée à disparaître totalement par résorption comme tous les produits inflammatoires.

L'autre lent, graduel, est l'adaptation de l'os à ses nouvelles conditions statiques. Il comprend 1° la production de trabécules nouveaux et nouvellement disposés : 2° la résorption des trabécules anciens devenus inutiles puisqu'ils ne se trouvent plus répartis suivant les courbes de résistance de M. Wolff.

Ce premier travail est indépendant de toute participation active

du membre ; le second est déterminé par son fonctionnement ; il est la cause du retour complet de ses fonctions.

Tout cet ingénieux échafaudage de physiologie pathologique repose sur l'examen de coupes osseuses. W. en fait la photographie; puis, au moyen de celle-ci, trace des figures schématiques où l'ordre et la disposition des trabécules anciens et nouveaux sont représentés. Rien de plus démonstratif que ces schémas ; que n'en est-il de même des photographies que l'auteur y joint ? — Avec la meilleure volonté on ne peut y retrouver les importants changements que revèle l'étude des figures schématiques. Tout au plus si, en un ou deux points, voisins du foyer de la fracture, on peut saisir quelque chose d'insolite dans la direction des trabécules. Leur déplacement, qu'explique suffisamment la cause traumatique, paraît avoir été pour W. le point de départ d'une généralisation excessive.

En résumé, théorie logique, bien enchaînée, appuyée sur des figures schématiques fort intéressantes, mais manquant absolument de démonstration anatomo-pathologique actuelle pour ceux qui n'ont, à leur disposition, que les photographies de Wolff.

Cette théorie de Wolff-Volkmann sur le développement des os longs, combattue en France par MM. Vulpian et Philipeaux, trouve ses critiques même en Allemagne, comme le prouve le mémoire suivant :

Zur Frage über das Knochenwachsthum *(La question de l'accroisement des os)*, **par le docteur H. MAAS, de Breslau.** (*Langenbeck's Archiv, XIVe vol., 2e fascic.*, 1872, *p.* 190.)

Voici en résumé les résultats que l'auteur a obtenus dans ses expériences :

1.—Si l'on introduit sous le périoste du tibia d'un jeune cobaye un anneau circulaire, dans le plus grand nombre des cas, il subit une migration vers la cavité médullaire, ainsi que Flourens et Duhamel l'ont constaté. Jamais dans ce cas M. n'a observé l'inflexion des couches osseuses en dedans, au niveau de l'anneau. Il se range sur ce point à l'avis de MM. Vulpian et Philipeaux. — L'anneau peut rester en partie superficiel ; mais alors il a par sa présence modifié ou annulé l'activité du périoste.

2. — Si l'on plante dans la diaphyse deux chevilles, leur distance reste exactement la même ; les phénomènes d'irritation qu'elles déterminent produisent de nouveaux dépôts de substance osseuse à la face externe de l'os, jamais d'apposition moléculaire interstitielle. M. néanmoins admet, sur ce point, les observations de Wolff sans avoir pu les vérifier. Il ne peut accepter la critique qu'en ont faite MM. Philipeaux et Vulpian.

3. — Si l'on fracture la diaphyse tout près de l'épiphyse et qu'on indique la distance de la solution de continuité de l'os à l'épiphyse

opposée par un anneau placé juste avant celle-ci, la distance entre le cal et l'anneau ne change pas.

4. — L'auteur a traversé d'une anse de fil de platine une longueur plus ou moins considérable de la diaphyse, jamais il n'a observé d'incurvation réelle de l'os dans ces cas,

Pourtant, quand l'irritation produite par la présence du fil était trop vive, de volumineux dépôts périostiques à la surface de l'os lui donnaient une apparence plus ou moins flexueuse ; mais l'os ancien n'était pour rien dans la production de ce phénomène.

5.—Les dénudations de l'os ne donnent en général que des résultats négatifs. Le périoste se recolle ou est suppléé par du tissu conjonctif. Dans un cas seulement M. a trouvé une nécrose de l'os dénudé.

L'auteur croit devoir se ranger parmi les partisans de l'ancienne théorie de l'apposition (Duhamel, Flourens, Billroth). Les seuls phénomènes interstitiels dont l'os est le siége, sont très-restreints et se bornent à ce dépôt de molécules osseuses qui se fait autour des vaisseaux. Il rend l'os plus compacte, mais ne saurait ni l'allonger ni l'épaissir (Philipeaux et Vulpian).

Wolff voit dans l'architecture bien définie de la matière spongieuse des os la preuve de leur développement interstitiel. L'auteur, sans admettre cette théorie, pense que les molécules nouvelles, sitôt formées, se rangent à la surface et aux extrémités de l'os dans l'ordre exigé par ses fonctions; la résorption centrale, elle aussi, reprend suivant les mêmes règles précises les molécules destinées à disparaître. Les faits de structure, démontrés par Wolff seraient donc exacts, mais ne viendraient pas à l'appui de sa théorie.

PAUL BERGER.

Clinical lecture on delayed union and non-union of bones (Leçon clinique sur la réunion tardive et sur l'absence de réunion des os), par G.-W. CALLENDER. (*Brit. med. Journ.*, 30 *nov.* 1872, *II*, *p.* 597.)

A propos d'un homme de 43 ans, atteint d'une fracture de la jambe produite par violence directe, et dont la consolidation après seize semaines n'était pas encore complète, Callender insiste sur une cause fréquente de cette non-consolidation dans les fractures. Cette cause est la *formation de caillots dans un tronc veineux* et l'oblitération de celui-ci à la suite de la contusion des parties molles, surtout dans les fractures par violence extérieure. Lorsque la veine oblitérée est un tronc important, il en résulte un œdème dur du membre qui est l'obstacle principal à la consolidation et qui persiste aussi longtemps que celle-ci n'est pas effectuée. Callender a étudié, dans le *système de chirurgie* de Holmes, la manière dont les veines ainsi oblitérées redeviennent perméables. Ce qu'il y a de

remarquable, dans ces cas, c'est que les autres veines, alors même qu'elles n'ont pas été intéressées, ne se dilatent pas pour permettre une circulation collatérale plus abondante.

Les cas de non-consolidation des fractures sont très-rares, si l'on excepte certaines fractures, telles que les fractures transversales de la rotule. Sur deux mille cinq cents fractures traitées dans ses salles, Callender n'en a observé qu'un cas. Il rejette les causes générales habituellement invoquées, telles que l'âge, la grossesse, la débilité, la paralysie et la syphilis.

Mais certaines causes locales, une infiltration cancéreuse de l'os, l'interposition d'un corps étranger, tel qu'une portion du muscle deltoïde engagé entre les extrémités fracturées de l'humérus, comme l'a observé Jame Earle, peuvent s'opposer à la consolidation.

Dans d'autres cas, l'absence de réunion des fragments osseux dépend de ce qu'il est impossible de les maintenir en contact, comme dans certaines fractures du col du fémur et dans la plupart des fractures transversales de la rotule. Quelquefois, le défaut de consolidation provient d'un traitement vicieux ou dirigé par un chirurgien inexpérimenté, ainsi que cela se voit parfois à bord des vaisseaux.

Les fractures qui offrent *certains déplacements des fragments*, celles qui présentent une *grande obliquité* et celles qui occupeut le *voisinage des articulations* ont besoin d'un temps plus long que les fractures ordinaires, pour se consolider. C'est ainsi que, pour une fracture du fémur consolidée avec un angle notable des fragments, le col supporte un effort beaucoup plus considérable, lorsque le blessé commence à marcher, que si le fémur offre sa rectitude normale. De même pour les fractures très-obliques du tibia. Il arrive qu'après avoir permis au blessé de marcher, au bout du temps généralement suffisant pour la consolidation, on constate, après quelques jours d'exercice, une certaine mobilité entre les fragments. Dans ces cas, Callender n'hésite pas à prolonger l'immobilisation d'une quinzaine, au delà du temps ordinaire.

Parmi les fractures qui occupent le voisinage d'une articulation, celles de l'extrémité inférieure de l'humérus présentent souvent un défaut de consolidation, parce que, dans la crainte de voir survenir la rigidité de l'articulation du coude, le chirurgien cherche de bonne heure à produire des mouvements de flexion et d'extension. Mais ces mouvements se passent alors non pas entre les *surfaces articulaires*, mais entre les *extrémités fracturées*. Aussi, pour ces fractures, faut-il s'imposer de laisser le coude dans une immobilité absolue jusqu'à consolidation complète de la fracture.

E. DELENS.

Absorption of the humerus after fracture. *Reported to the Boston Society for medical improvement, by the various gentlemen under whose observation the case had fallen.* (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 *octobre* 1872, *t. X, p.* 245.)

Ce cas fut rapporté en peu de mots dans le Boston medical and surgical Journal (juillet 1838, p. 368.) Il fut ensuite indiqué par Costello en 1842, (Cyclopedia of Pratical Surgery) comme étant sans précédent dans les recueils de chirurgie. — Pour la première fois son histoire peut être publiée en entier.

En 1819, M. C. B. de Boston, âgé de 18 ans, se fractura l'humérus droit à la partie moyenne. A deux reprises et avant consolidation complète il se rompit l'os au même point. Le troisième accident survint 2 mois seulement après le premier. A partir de cette époque il n'y eut plus la moindre tendance à la consolidation. L'humérus commença à disparaître lentement et sans douleur. Il s'en détacha de petits fragments sans inflammation, et sans qu'il y ait jamais eu ni suppuration, ni fistule, ni solution quelconque dans la continuité du tégument. L'évolution de ce processus dura douze années, après lesquelles les choses restèrent en l'état où elles étaient au moment de la mort qui survint en 1871, le 11 février. — Le malade succomba à une double pneumonie à l'âge de 70 ans, dans l'asile d'aliénés de Boston. — En dehors de tout état mental sa santé avait toujours été excellente.

En 1847, le docteur Jackson de Boston avait donné une description du bras malade. — Le membre supérieur était pendant, plus court que celui du côté opposé. — Du côté de l'épaule l'humérus était représenté par une petite pièce conique d'un pouce 1)2 de longueur ; du côté du coude par un fragment d'un demi-pouce de long et terminé en pointe à la partie supérieure, et relié par une portion ligameuteuse à un cubitus atrophié, irrégulier et terminé en pointe également. On pouvait faire exécuter à la main un mouvement de rotation complète.

Le professeur Gross, vit le malade en 1856 ; et fit représenter dans sa chirurgie (t. 1er p. 882. 4me édition), le bras pendant la contraction des muscles. — Le docteur Mosely qui put observer M. B. à l'asile d'aliénés, dit qu'il pouvait se livrer à des travaux fort variés, manier la houe, le râteau, la pelle, balayer, fendre du bois, porter un seau d'eau, écrire convenablement. Il faisait sa chambre et son lit. En tordant la partie supérieure de son bras, il pouvait se servir des doigts pour nouer sa cravate. Un de ses amusements semble avoir été, de faire faire à son bras un tour et demi de torsion dans un sens, de soulever alors un seau d'eau et de le laisser se détordre jusqu'à production d'un tour et demi de torsion dans le sens inverse. — Les mouvements de flexion ou d'extension de l'avant-bras sur le bras n'étaient pas soumis à la volonté, mais subordonnés à la pesanteur.

Conformément au vœu du malade le bras a été disséqué et déposé au musée de Harward medical School. M. Porter en a donné la description. — Il n'y avait d'autres traces d'humérus que les deux extrémités. — Les restes de l'extrémité inférieure consistaient en une pièce ostéo-cartilagineuse, de forme pyramidale longue d'un pouce et demi, large de 3/4 de pouce à sa base. — Le radius et le cubitus atrophiés, étaient confondus en un seul os dans leur tiers supérieur et terminés par un olécrane imparfait et réduit en pointe. — L'extrémité supérieure de l'humérus était représentée par trois fragments : la grosse tubérosité avec les insertions de ses trois muscles, (longueur 2 pouces, largeur 1 pouce). La petite tubérosité donnant insertion au sous-scapulaire, (longueur 4 lignes, largeur 2 lignes), et une troisième pièce donnant atta-

che au grand pectoral et au grand rond (longueur 1 pouce largeur 1/2 pouce), le grand dorsal s'insérant sur le bord du grand rond. La cavité glénoïde était oblitérée.

espace compris entre les fragments supérieurs et l'inférieur était rempli par un tissu fibro-musculaire, ayant la moitié de la longueur de l'humérus normal. Les insertions musculaires semblent perdues dans la masse fibreuse. Les muscles un peu graisseux et atrophiés présentent cependant un certain degré de développement et peuvent être aisément distingués les uns des autres.

Les artères, les veines et les nerfs, bien que n'ayant pas conservé leurs rapports avec les muscles, ne présentent pas d'altération dans leur forme ni dans leur structure.

CH. PÉRIER.

Zur Casuestik der Atresiein des Darmkanales (Observations sur les atrésies du canal intestinal), par J. W. DEHIO, à Reval. (*Dorpater medicinische Zeitschrift, vol. III*, 1re *livr.*, 1872.)

Peu fréquentes à l'extrémité inférieure du canal intestinal, les atrésies sont rares dans les autres parties de ce canal. Dans l'intestin grêle on les observe à l'extrémité inférieure du duodénum et plus rarement à la fin de l'iléon où toute communication avec le gros intestin se trouve interceptée. Dans le gros intestin, on les rencontre à l'extrémité du colon, au point de jonction de l'S iliaque avec le rectum et l'on désigne ces cas sous le nom d'atrésie du rectum. Parfois il s'est présenté des étranglements occupant simultanément plusieurs parties de l'intestin et le séparant en plusieurs divisions isolées.

La nature se charge parfois de la conservation de l'enfant qui naît avec ce vice de constitution et le cours des matières se rétablit par des voies très-diverses. Cette question intéresse donc à la fois le physiologiste et le chirurgien ; aussi l'auteur croit-il devoir communiquer les quatre cas suivants :

1er Cas (16 juillet 1851). Un enfant de 36 heures, du sexe masculin, respirant bien et se nourrissant bien, présente au périnée une surface complétement plane, depuis le coccyx jusqu'aux bourses. On ne peut reconnaître aucune trace de fente, ni de raphé, ni d'anus. Celui-ci était tout ou plus indiqué par une tache ovale d'un rouge pâle située en avant du coccyx. Les organes génitaux étaient bien conformés et les testicules étaient déjà descendus dans les bourses, qui présentaient à leur milieu le raphé normal. Celui-ci sortait du périnée sous un angle droit au niveau du bord postérieur du scrotum ; il avait l'épaisseur d'une plume de corbeau et se dirigeait en s'amincissant jusqu'à la jonction du tiers moyen avec le tiers postérieur où sa structure devenait normale. Tout le tiers postérieur présentait l'apparence d'une veine gorgée de sang, et à sa partie moyenne, on remarquait une petite tumeur grosse comme un pois, dont la coloration était encore plus foncée que celle du raphé. En faisant une ponction exploratrice dans cette tumeur on fit sortir du méconium ; il y avait donc un prolongement de l'intestin dans le raphé jusqu'à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen.

Ce vice de conformation date évidemment de la période de développement où s'établit le cloaque. L'intestin rétréci et fermé à sa partie inférieure, à ce moment, a été englobé dans la cicatrice qui donne lieu au raphé. Dans les cas cités par A. Forster en 1861 dans son *Traité des vices de conformation de l'homme* et par Hennig dans son *Traité des maladies de l'enfance*, 1865, la même chose fut observée. Dieffenbach, dans sa chirurgie opératoire, v. I p. 676, cite deux cas semblables, mais dans lesquels il y avait une ouverture fistuleuse de l'intestin sur le trajet du raphé scrotal. Cette fistule se serait peut-être établie dans le cas actuel par l'ouverture spontanée de la vésicule.

L'ouverture artificielle fut opérée à l'angle qui sépare le scrotum du périnée ; le prolongement de l'intestin dans le raphé fut vidé et abandonné à la nature, tandis que l'autre partie fut dilatée fréquemment par l'introduction du doigt. La guérison fut parfaite et deux ans plus tard, l'enfant bien développé ne souffrait aucune difficulté pour l'évacuation des matières fécales.

2e Cas (11 février 1855). Un garçon de 4 jours qui n'avait pas encore eu d'évacuation présentait l'aspect sénile, une teinte ictérique et des vomissements de méconium. Le ventre était gonflé et tendu, les organes génitaux normaux ainsi que le périnée et la fente interfessière, mais l'anus manquait et sa place était marquée seulement par une tache ovale d'un rouge brun n'offrant ni élevure ni dépression. L'intestin fut ouvert dans la région anale par un incision d'un pouce de profondeur, il s'en écoula une grande quantité de méconium. L'enfant soulagé, put reprendre le sein et cessa de vomir. Les suites de l'opération ne purent pas être constatées à cause d'une maladie grave de l'auteur.

3e Cas (29 décembre 1858). Un garçon de 4 jours bien constitué et prenant le sein, rendait le lait peu de temps après l'avoir avalé et n'avait pas encore évacué le méconium. A l'examen extérieur les organes génitaux ainsi que l'anus furent trouvés dans l'état normal ; mais l'introduction d'une sonde fit reconnaître une oblitération de l'intestin à un pouce environ de l'anus. La membrane oblitérante, sur laquelle on sentait avec le doigt la pression du méconium, fut percée à l'aide du bistouri et l'enfant fut soulagé par l'évacuation d'une grande quantité de méconium.

La recommandation d'introduire fréquemment le doigt huilé ne fut pas exécutée par les parents et 6 mois plus tard l'enfant éprouvait de grandes souffrances pour l'expulsion des matières fécales. Après section d'une bride annulaire à l'endroit où se trouvait auparavant l'atrésie, on obtint une guérison complète en opérant de temps à autre la dilatation avec le doigt.

4e Cas (5 juillet 1868). Enfant d'un jour, extrait à l'aide du forceps, fort, respirant bien, têtant bien, mais vomissant aussitôt et n'ayant rendu ni urine, ni méconium. Organes génitaux normaux, testicules dans les bourses, urèthre bien conformé laissant passer une sonde jusque dans la vessie qui était vide. Le périnée était normal, mais à la place de l'anus il n'y avait qu'une tache analogue à celle des 1er et 2e cas ; un peu plus en avant, presque immédiatement derrière le scrotum se trouvait une fossette allongée dont la longueur avait environ $^1/_3$ de pouce. Une ouverture pratiquée dans cette fossette pénétra dans l'intestin, lorsqu'elle eût atteint environ $^3/_4$ de pouce de profondeur, mais il n'en sortit qu'un peu de mucus ; une sonde introduite jusque vers le colon transverse n'amena aucune trace de méconium et une injection d'eau fut retenue presque totalement dans l'abdomen. Il y avait donc une seconde oblitération dans une autre partie de l'intestin. L'entéro-

tomie faite dans la région iléo-cœcale amena l'évacuatiou du méconium, mais la mort survint le lendemain.

L'autopsie fit constater une péritonite avec un peu de pus dans les parties déclives. L'anus artificiel présentait déjà la réunion des bords de la peau avec ceux de l'intestin. A la réunion de l'intestin grêle avec le gros intestin, il y avait une oblitération complète en cul-de-sac. Le gros intestin commençait par un cul-de-sac avec un appendice vermiculaire très-fort et se trouvait considérablement rétréci jusqu'à son extrémité anale. Il ne contenait que du mucus blanchâtre. T. KLEIN.

Des kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure, par F. MOUTET, dans : *Mémoires de médecine et de chirurgie.* **3e série. Montpellier, 1872.**

L'auteur ne range dans ces tumeurs que les kystes qui, nés en avant du feuillet pariétal du péritoine, ne coexistent pas avec d'autres productions de même nature développées en d'autres points de la cavité sous-jacente.

Ces lésions constituent une des variétés de cette entité morbide si vaguement définie et si incorrectement désignée par Tulpius sous le nom *d'hydropisie enkystée du péritoine.*

Ce travail a pour point de départ l'observation originale dont voici le résumé :

Kyste hydatique de la paroi abdominale antérieure contenant plus de dix-neuf litres de liquide avec acéphalocystes. — Incision. — Injections iodées. — Guérison.

O.., âgé de 41 ans, tailleur, bien portant habituellement mais de constitution délicate.—En 1854 : douleur très-aiguë au-dessous de l'ombilic, laquelle fait croire à une péritonite. A partir de ce moment, développement indolent du ventre et alternatives de gonflement et d'affaissement. En 1868, le volume du ventre devient incommode, la circonférence au niveau de l'ombilic est de 105 centimètres. En 1871, la tuméfaction est encore plus grande, la circonférence au même niveau est de 117 centimètres ; la saillie est médiane, la région épigastrique acuminée ; matité à la percussion, fluctuation très-évidente. Dans le décubitus latéral, les symptômes sont fort peu modifiés. — Amaigrissement extrême, appétit perdu, digestion pénible, constipation habituelle.

On diagnostique une ascite et l'abdomen est ponctionné le 9 avril. La première ponction, exécutée à droite, au lieu d'élection, est sans résultat ; à gauche on obtient quelques gouttes d'un liquide jaunâtre et 4 ou 5 petites pellicules ayant les caractères d'hydatides vides.

Quelques jours après, avec l'aide du prof^r Combal, on fait l'incision, couche par couche, de la paroi abdominale au point où elle avait été ponctionnée et dans l'étendue de 5 centimètres. Il sort un flot de liquide et une multitude de vésicules arrondies ; quelques-unes fort volumineuses ne peuvent être extraites qu'avec des pinces.

Le liquide qui s'écoule est tantôt jaune, tantôt complétement transparent ; sa masse totale s'élève à 15 litres, il est alcalin et contient 3,2 0/0 de résidu fixe à 100° soit albumine 2,1, zymase agissant sur l'emploi de fécule 0,333, sels minéraux 0,9 ; matières grasses : cholestérine et matière cristallisable en fines aiguilles 0,167. Au microscope, on y voit des cristaux de cholestérine et des crochets d'échinocoques.

Les vésicules recueillies sont innombrables et pèsent 4,500 gr.; leur volume varie depuis un grain de mil jusqu'à celui de la tête d'un enfant à terme, la plus volumineuse est grosse comme une tête d'adulte.

Après l'opération, la poche s'enflamme, suppure et pendant plusieurs mois on emploie des injections détersives, puis des injections iodées. De temps en temps il sort encore des vésicules ou des débris membraneux. Le foyer s'oblitère définitivement le 25 juillet. En novembre, le malade est parfaitement bien portant; il a de l'embonpoint, travaille avec ardeur et n'offre comme trace de sa maladie qu'un noyau induré et une cicatrice déprimée dans le voisinage de l'ombilic.

L'auteur rapproche de cette observation 6 autres cas empruntés à *Boudet* (Bull. des sciences médicales de Paris, 1811), *Leidey* (In synopsis of entozoa and some of their ectocongenery, observed by the author; Philadelphia, 1856), *Roux* (art. Acéphalocystes, in Dict. de méd. et de chir. pratiques, Cruveilhier), *Degner* (Act. nov. cur. vol. V, obs. II), *Barth Anhorn* (The philosophical Transactions, vol. VI, part. III, p. 199; London 1733), *Décieux* (Mém. de la soc. méd. d'émulation, 1802, p. 165), *Courty* (Ann. clin. du professeur Alquié; Montp., 1855, p. 2).

La comparaison de ces faits entre eux et avec quelques autres cas de tumeurs plus complexes permet à M. Moutet de tracer un tableau symptomatique dont nous allons indiquer les points principaux.

Les kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure se développent dans la région ombilicale ou dans ses environs; les uns ont pour point de départ les couches musculaires, les autres naissent dans le tissu cellulaire anté-péritonéal. Dans le premier cas, les tumeurs sont circonscrites; elles ont des limites diffuses dans le second : on ne trouve dans aucun de ces derniers une dépression de la cicatrice ombilicale.

Les kystes sont uniques lorsqu'ils ne coexistent pas avec d'autres productions internes; au contraire, lorsque les viscères abdominaux sont atteints, on trouve plusieurs poches pariétales. Leur caractère dominant consiste dans leur développement énorme; ils contiennent plusieurs centaines ou des milliers de vésicules. Généralement ils s'entourent d'une poche extérieure de nouvelle formation qui est distincte du feuillet péritonéal et des aponévroses musculaires.

L'abdomen prend une forme très-variable, mais qui reste la même dans les diverses positions que le malade peut occuper. En général, la palpation et la percussion permettent de circonscrire la tumeur; la fluctuation est souvent obscure ou nulle, et il serait utile, en la recherchant, d'employer le mode particulier imaginé par M. Tarral et connu sous le nom de *fluctuation périphérique;* le frémissement hydatique n'a encore été reconnu nettement par aucun observateur.

Il existe rarement une douleur vive au début; mais le dévelop-

pement considérable de la tumeur produit toujours une gène notable. De plus, les fonctions digestives sont troublées; il y a habituellement de la dyspepsie et de la constipation.

La marche lente des tumeurs est un caractère important; cependant il peut y avoir des poussées inflammatoires, et les malades finissent par tomber dans la consomption.

La guérison spontanée peut s'effectuer par rupture de la poche dans l'intestin ou à la surface de la peau.

Le diagnostic de ces tumeurs offre de sérieuses difficultés. Pour les distinguer des kystes de l'ovaire, on se guidera surtout sur l'exploration rectale et vaginale; l'idée d'une ascite sera facilement éliminée; la confusion sera surtout possible avec les tumeurs hydatiques des viscères abdominaux. Toutefois, ces dernières présentent, en général, dans leur lieu d'origine, leurs rapports avec les organes voisins, leur marche et leurs complications spéciales des caractères qui suffisent à les faire reconnaître.

L'hydropisie enkystée du péritoine offre presque toujours une partie solide indiquée par Morgagni et sur laquelle Chantourelle a insisté et qui, indépendamment de la ponction exploratrice, sert à la différencier des kystes hydatiques.

Le traitement de ces dernières tumeurs doit être exclusivement chirurgical; 3 fois sur 4, l'incision a donné les résultats les plus favorables. On doit diviser les tissus, couche par couche, de manière à pouvoir s'arrêter à temps dans le cas où la masse morbide serait située au-dessous du péritoine. L'auteur ne voit aucun inconvénient à faire évacuer toute la poche en un seul temps. Après l'opération on place une bandelette de linge pour maintenir l'ouverture béante et on a recours à diverses injections détersives. L'emploi de la solution d'iode pour amener la guérison définitive ne doit pas être trop hâtif à cause du voisinage du péritoine, et lorsque des lambeaux du kyste sont en voie d'élimination, il convient de les extraire sans mettre en usage des tractions violentes.

Hydrocele of the seminal vesicle, par N. R. SMITH, de Baltimore. *(The Lancet,* 19 *oct. p.* 558.)

L'observation suivante est donnée comme un exemple d'hydrocèle d'une des vésicules séminales. Si le siége anatomique de la lésion n'est pas absolument démontré, le fait n'en est pas moins d'un grand intérêt en raison des difficultés du diagnostic, et il servira, sans doute, à éclairer l'histoire des kystes séreux développés entre la vessie et le rectum.

Il y a douze ans environ, M. Smith fut appelé en consultation pour un cas considéré comme une rétention d'urine. Il y avait une tu-

meur volumineuse, piriforme, occupant la cavité du bassin et remontant dans l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Elle donnait la sensation d'un liquide distendant une cavité. Le malade rendait toutes les heures une demi-once d'urine parfaitement normale. La sonde introduite dans la vessie à plusieurs reprises par le médecin traitant n'avait jamais ramené plus d'une once d'urine.

M. Smith crut néanmoins avoir affaire à une rétention d'urine, pensant que celle-ci était rendue par regorgement, comme il arrive souvent, et que la sonde n'avait pas pénétré jusque dans la vessie. Mais, en introduisant une longue sonde, il n'évacua qu'une once d'urine, quoiqu'il pût s'assurer que l'extrémité de la sonde était bien dans la vessie.

Il était évident que la tumeur n'était pas constituée par la vessie distendue, mais par un kyste situé en arrière de celle-ci. Le doigt introduit dans le rectum constatait que la prostate était saine, mais à gauche et au-dessus on trouvait une tumeur élastique à laquelle la palpation par la paroi abdominale transmettait la fluctuation.

Une ponction fut pratiquée par le rectum, avec un trocart droit, ordinaire et donna issue à dix pintes d'un liquide séreux de couleur brune. Il n'y eut aucun accident à la suite de cette ponction, mais au bout de quatre semaines environ, la tumeur s'était remplie de nouveau. Elle fut ponctionnée une seconde fois et ne se reproduisit pas.

M. Smith fait remarquer que si cette tumeur eût été ponctionnée par la paroi abdominale, il se serait écoulé une certaine quantité du liquide dans la cavité péritonéale et qu'il y aurait eu, sans doute, une péritonite mortelle. En outre on risquait, en ponctionnant la paroi abdominale, de traverser la vessie aplatie derrière elle.

E. DELENS.

Clinical lecture on epithelial cancer of the tongue, par John WOOD. (*The Lancet*, 28 *sept.* 1872, *p.* 439.)

Ce travail renferme, en dehors des considérations dans lesquelles est entré l'auteur sur le cancer épithélial de la langue, six observations de cette affection et la description d'un instrument spécial destiné à maintenir les mâchoires écartées pendant les opérations qui se pratiquent sur la cavité buccale.

Wood indique les motifs pour lesquels il ne fait pas l'ablation de la totalité de la langue. Il pense que la récidive étant toujours à craindre, il vaut mieux laisser une moitié de la langue. Si on enlevait cette moitié, la récidive se ferait sans doute à la base. Il faut donc chercher à enlever les tissus *profondément* dans la direction des lymphatiques plutôt que *latéralement*.

Le cancer de la langue n'amène pas plus vite que les autres cancers une terminaison fatale, sauf le cancer des lèvres et de l'utérus. Si l'on excepte la dernière observation, la maladie a duré de deux à quatre ans chez les opérés de Wood. Certains chirurgiens ont observé des évolutions beaucoup plus lentes (treize ans et seize ans). D'autre part, Bransby Cooper a vu la maladie ne durer que dix mois, la mort étant survenue par hémorrhagie artérielle.

Dans le cancer de la langue, la douleur, la perte du repos, la gêne de la mastication, l'affaiblissement qui résulte d'une suppuration de mauvaise nature et le peu de tendance qu'a la maladie à envahir les viscères militent en faveur d'une intervention hâtive et répétée de la part du chirurgien.

Wood emploie pour l'opération le bistouri ou les ciseaux. Il trouve les caustiques trop douloureux, d'une action trop lente et trop aveugle; il ne les admet que dans les cas de récidive. Il applique après l'ablation une solution de chlorure de zinc ou de perchlorure de fer sur les surfaces saignantes et quelquefois les deux solutions mélangées.

Parmi les moyens dont dispose la chirurgie pour l'ablation du cancer de la langue, nous sommes étonné de ne voir mentionnés ni l'écrasement linéaire, ni le galvano-cautère. C'est là une lacune sans doute volontaire de la part de l'auteur.

Wood est partisan de l'anesthésie par le chloroforme que quelques chirurgiens regardent comme impraticable, parce que l'opéré doit tenir la bouche ouverte pour permettre l'opération, et aussi en raison de l'écoulement possible du sang dans le larynx.

Avec l'instrument qu'il emploie, Wood peut se passer du concours de l'opéré pour maintenir la bouche ouverte. Ce bâillon, construit par Matthews, est formé de deux paires de leviers articulés placés extérieurement et dont les branches antérieures peuvent être plus ou moins écartées à l'aide d'une vis qui rapproche les branches postérieures; en avant, les branches se recourbent pour contourner la commissure des lèvres et prendre un point d'appui sur les dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure. La branche inférieure du levier du côté droit est unie à celle du côté gauche par un demi-cercle métallique qui passe au-dessous de la mâchoire et prend un point d'appui sur elle. En outre, tout le système est maintenu par une courroie bouclée que l'on serre sur la nuque de l'opéré.

Cet instrument peut être employé dans toutes les opérations qui se pratiquent sur la bouche et sur les amygdales. Il a servi pour la staphyloraphie. Il remplit évidemment bien le but que se propose l'opérateur, à savoir de maintenir les mâchoires écartées, et est disposé de manière que les manœuvres opératoires à l'intérieur de la cavité buccale ne soient nullement gênées. Reste à savoir si l'écartement forcé et permanent des mâchoires n'ajoute pas à la gêne de

la respiration, question importante lorsque, comme le fait l'auteur, on administre le chloroforme.

Du reste, Wood indique les précautions à prendre pour remédier à l'hémorrhagie et s'opposer au passage du sang dans le pharynx, et la nécessité de saisir la langue avec une pince pour l'attirer au dehors. E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Fractures.

Du mécanisme des fractures malléolaires, par le Dr DIDION. (*Thèse de doctorat, Paris,* 1872.)

L'auteur, après un historique assez étendu, aborde le mémoire inédit de son maître Tillaux et expose les idées que ce chirurgien s'est faites tant à l'hôpital qu'à l'amphithéâtre. Pour lui, toutes les fractures malléolaires seraient produites par le même mécanisme, le renversement; elles formeraient deux classes, le pied se renversant en dedans ou en dehors.

L'adduction forcée, quand elle va plus loin que l'entorse, peut déterminer trois variétés de fractures différentes : 1° simple arrachement de la malléole externe; 2° arrachement de la malléole externe et écrasement ou éclatement de l'interne; 3° fracture transversale des deux os de la jambe immédiatement au-dessus des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs restés intacts. M. Tillaux croit même qu'il suffit que l'articulation péronéo-tibiale supérieure se disjoigne pour que le renversement en dedans puisse produire une fracture transversale sus-malléolaire du tibia seul.

L'abduction forcée peut également produire : 1° l'arrachement simple de la malléole interne; 2° l'arrachement de la malléole interne et la fracture de l'externe à 6 ou 7 centimètres au-dessus de sa pointe. Dans ce cas, les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs sont intacts ou arrachés; 3° l'arrachement de la malléole interne et une simple déchirure des ligaments péronéo-tibiaux sans fracture du péroné.

M. Didion ne rejette pas absolument, comme semble le faire M. Tillaux, le mécanisme dit par divulsion. L. H. F.

Studien über Fracturen (Etude sur les fractures), par H. LEISRINK de Hambourg. (*Arch. für klin. Chirurgie, t. XVI, fasc.* 2, *p.* 223.)

Ce travail renferme une statistique assez étendue de fractures. Elles sont ainsi réparties :

I. — *Fractures de l'extrémité supérieure.*

A. — *Fractures de clavicule :* 18 observations. — B. — *Fractures de*

l'humérus : — *a*) de sa diaphyse : 17 observations : — *b*) du col de l'humérus : 11 observations.— C.— *Fractures de l'avant-bras*: — *a*) des deux os : 21 cas ; — *b*) du radius : 20 observations. — D. — *Fractures du coude :* — *a*) de l'olécrane : 4 cas ; — *b*) des condyles de l'humérus : 2 observations.

II. — *Fractures de l'extrémité inférieure.*

A. — *Du fémur :* — *a*) aux tiers inférieur et moyen : 51 observations ; — *b*) au tiers supérieur extra-capsulaires : 9 cas; — *c*) intra-capsulaires : 15 observations. — B. — *Fractures de la rotule :* 10 cas. — C. — *De jambe* : — *a*) des deux os au tiers inférieur : 63 observations. — *b*) aux tiers supérieur et moyen: 32 observations ; — *c*) De l'extrémité inférieure du tibia : 12 cas ; — *d*) Du péroné : — (α aux tiers supérieur et moyen : 3 observations ; — *6*) au tiers inférieur : 12 cas. — D. — *Fractures du tarse :* 7 observations. — E. — *Des métatarsiens :* 6 observations.

Toutes ces observations sont données en résumé. On y trouve sommairement rappelés : l'âge du patient, le déplacement ainsi que le mécanisme de la fracture, l durée du traitement, sa nature; les complications, le résultat physique et fonctionnel obtenu. P. BERGER.

Special contusion with fracture of femur resulting from a fall from aloft, recovery, by W. A. COAWIN. U. S. N. (*The American Journ. of Med. Sc., oct.* 1872, *p.* 419-423.)

Il s'agit d'un matelot tombé d'un lieu élevé, qui présenta des symptômes de paralysie complète, après ceux de la commotion cérébrale. L'auteur établit son diagnostic de contusion de la moelle sur l'existence d'une douleur très-vive au niveau de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire, sans signe de fracture. On peut remarquer que la moelle n'existe pas à ce niveau, et qu'une fracture de l'arc postérieur d'une vertèbre peut exister sans que l'on puisse percevoir ni mobilité anormale ni crépitation. — Il peut très-bien y avoir eu lésion de la queue de cheval; mais les détails de l'observation sont trop insuffisants pour permettre d'en induire un diagnostic précis. Un fait bon à noter, c'est la consolidation rapide de la fracture du fémur sur un membre paralysé. Tous les troubles nerveux avaient disparu le 50e jour.

CH. PÉRIER.

Fracture of the skull in Broca's region; paralysis of the right side; loss of power of speech; death; autopsy (Fracture du crâne au niveau de la circonvolution de Broca, paralysie du côté droit, aphasie, mort, autopsie), par Jeremiah Mac CARTHY. (*The Lancet,* 16 *nov.* 1872, *t. II, p.* 706.)

Le titre même de cette observation la résume suffisamment pour en faire comprendre l'intérêt.

L'individu qui en fait le sujet fut frappé dans une querelle par une barre de fer, au niveau de la tempe gauche. Il put retourner chez lui à une certaine distance, mais ne put prononcer un seul mot et dut expliquer par signes l'accident qui lui était arrivé. Un médecin constata la paralysie du côté droit plus marquée au membre supérieur. Le jour même, à son arrivée à l'hôpital, il était tout à fait insensible et la respiration était stertoreuse. On examina la blessure, et pour remédier à l'enfoncement des os, on appliqua le trépan et l'on enleva quelques esquilles.

Le lendemain, la connaissance était revenue; mais le côté droit restait paralysé. Le blessé comprenait ce qu'on lui disait, mais ne pouvait répondre. Jusqu'à sa mort, qui survint le cinquième jour, il ne prononça pas une seule parole, et ne put parvenir à écrire, quoiqu'il fût gaucher.

A l'autopsie, on constata que la fracture traversait le sillon de l'artère méningée moyenne qui cependant n'avait pas été ouverte. La dure-mère était déchirée. Il n'y avait pas de sang au-dessus ni au-dessous d'elle, mais une légère ecchymose de la pie-mère, au niveau de la bifurcation de la scissure de Sylvius, et, au-dessous de celle-ci, un très-petit caillot dans la substance cérébrale. Un caillot beaucoup plus considérable existait à la partie postérieure du lobe frontal; il occupait la portion du lobe correspondant à la partie interne et postérieure des circonvolutions frontales externes. La plupart des artères du cerveau présentaient des altérations athéromateuses. Les autres viscères étaient sains. E. D.

De l'enfoncement de l'os malaire, par A. LAVILLE. (*Thèse de doctorat; Paris, 1872, n° 447, in-4°, 26 pages.*)

La symptomatologie de cette lésion, telle que l'a donnée l'auteur, repose sur une observation inédite et sur trois expériences pratiquées sur le cadavre. Il résulte de ces faits que les violences directes appliquées sur l'os malaire en produisent l'enfoncement, après avoir déterminé des fractures de l'apophyse zygomatique et de la paroi du sinus maxillaire. Le canal sous-orbitaire est presque toujours intéressé dans un point de son parcours, et l'on observe, par suite, une anesthésie des parties auxquelles se distribue le nerf sous-orbitaire. La difformité qui résulte de l'enfoncement de l'os malaire a quelque chose de caractéristique.

Jarjavay avait coutume d'insister sur le mécanisme de ces fractures des os de la face, signalé par Sanson et dont Malgaigne rapporte un exemple dans son Traité. E. D.

Maladie des os.

Recherches expérimentales et cliniques sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale, par le docteur Daniel MOLLIÈRE. (*Lyon médical*, 1872.)

Les expériences au nombre de douze, que le docteur D. Mollière a faites sur le cadavre, lui ont permis de formuler les conclusions suivantes :

1° Pour qu'il y ait écrasement des corps vertébraux, il faut que les ligaments interépineux résistent.

2° La rupture des arcs vertébraux ne peut pas être produite tant que les corps vertébraux sont intacts.

3° Si l'on peut admettre la fracture par arrachement des corps vertébraux pendant les mouvements de flexion forcée, cet arrachement est *toujours* consécutif à un certain degré d'écrasement de la région antérieure de cet os.

4° Les fractures par flexion dans la région dorsale sont accompagnées de fracture de côte, ou bien la violence distend les cartilages costaux, ou fracture le sternum.

5° On doit distinguer dans le mode de production de ces fractures deux mécanismes : A, la flexion forcée du tronc, dont l'action se fait sentir dans la région lombaire; et B, les fractures par flexion forcée de la colonne vertébrale elle-même, qui ont pour siége d'élection la partie moyenne de la région dorsale.

L'auteur analyse ensuite un certain nombre de faits qui ont été relatés dans la science, et rapporte seize observations personnelles. En résumé, on peut établir que les fractures indirectes du rachis peuvent se produire par trois mécanismes : 1° par flexion forcée du tronc; 2° par exagération des courbures de la colonne, la force agissant à ses deux extrémités; 3° par exagération de ces courbures, la force agissant sur une des extrémités avec un point d'appui pris sur un point quelconque de la longueur du rachis.

Les expériences et les observations cliniques démontrent l'impossibilité de ces fractures chez les enfants, pour lesquels les effets du traumatisme peuvent très-bien se faire sentir sur la moelle et même directement, sans que le squelette soit brisé.

HENRI HUCHARD.

Inflammazione cronica delle epifisi del ginocchio e consecutivi mutamenti che si possono riscontrare nell'arto malato et nel tronco (Inflammation chronique des épiphyses du genou et changements consécutifs qui peuvent se rencontrer dans le membre malade et dans le tronc), par le Dr Joseph RUGGI, professeur libre de chirurgie à l'université royale de Bologne. (*Rivista clinica de Bologne, fasc.* 10e, *octobre* 1872.)

Ce mémoire, accompagné de nombreuses et belles figures, est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Les maladies des épiphyses du genou peuvent apporter des changements dans la direction du membre malade, du bassin et du tronc tout entier.

2° Les changements de direction du membre sont : le degré plus ou moins grand de flexion sur la cuisse; l'abduction et la rotation de la jambe en dehors.

3° Les changements du bassin sont : l'inclinaison latérale de ce même bassin, le premier à se manifester et dont dépend immédiatement la scoliose et les autres changements de latéralité du tronc; l'inclinaison anté-

rieure du bassin lui-même et la lordose consécutive ; finalement, la rotation du bassin autour de l'axe vertical, avec les changements de rotation du tronc consécutifs.

4° Tous ces changements de position et ces déviations du membre et du tronc sont la conséquence immédiate de l'allongement du membre malade, allongement qui se manifeste à la suite de l'irritation qui primitivement ou secondairement se transmet aux cartilages épiphysaires du genou.

5° L'inclinaison antérieure du bassin et la lordose consécutive, aussi bien que la rotation du bassin autour de l'axe vertical, etc., dépendent, ainsi qu'il résulte des expériences faites sur le cadavre, de la distension des fibres externes du ligament de Bertin, distension qui se produit par le fait de l'allongement d'un membre tenu rapproché de l'autre.

6° La flexion de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin est une conséquence, elle aussi, de l'allongement du membre. Les infirmes prendraient cette position dans le but de rendre la marche plus facile et moins fatigante. Ce qui vient encore renforcer cette idée, c'est de voir disparaître la flexion déjà indiquée du membre malade par l'allongement artificiel du membre sain. De la même manière s'effacent les changements survenus dans le tronc, et tenant à la même cause. Aussi l'allongement artificiel du membre sain peut-il servir à titre de traitement symptomatique dans un pareil genre de difformité.

7° L'abduction pathologique de la jambe se présente aussi bien dans les divers degrés de flexion des genoux que dans l'extension des membres. Dans le premier cas elle s'associe à la rotation de la jambe en dehors. L'abduction aussi bien que la rotation de la jambe en dehors dans la flexion des genoux, sont la conséquence de l'adduction et de la rotation de la cuisse en dedans, laquelle a lieu pendant l'inclinaison latérale du bassin et le déplacement du centre de gravité vers le côté sain. Ici encore l'allongement du membre sain peut être très-utile.

8° L'abduction pathologique de la jambe, dans ces cas, se trouve encore favorisée par l'allongement du ligament latéral interne, déterminé par le processus inflammatoire ou les tiraillements auxquels il est fréquemment exposé.

9° Dans les maladies des épiphyses qui sont consécutives à une maladie de l'articulation ou des parties molles péri-articulaires ayant déterminé une ankylose vraie, l'abduction de la jambe est déterminée par l'abduction de tout le membre, laquelle empêche le poids du corps de passer à travers l'axe qui serait normal pour ce membre malade.

A. BARÉTY.

Ueber Totalnecrosen langer Rœhrenknochen (De la nécrose totale des os longs), par Paul GUETERBOCK, de Berlin. (*Archiv für klin. Chirurgie, XIV° vol., 2° fasc., p.* 208.)

Güterbock cite trois nouveaux faits de nécrose totale de l'humérus, dont voici le sommaire :

Observation I. — *Extirpation de la totalité de l'humérus nécrosé chez un adulte de 29 ans.— Guérison et régénération partielle de l'os.— Mort 13 mois après par dégénérescence amyloïde des viscères. Autopsie.*

Observation II. — *Résection primitive de la moitié supérieure de l'humérus à la suite d'un écrasement par roue de voiture, chez un adulte de 26 ans. Résection consécutive de la moitié inférieure de la diaphyse.— Guérison avec restauration partielle de l'os.*

Observation III. — *Résection secondaire de l'articulation du coude nécrosée à la suite de tractions immodérées sur une fracture. — Quelques mois après, résection de toute la diaphyse humérale (sans l'épiphyse supérieure). Guérison et régénération de l'os.*

Dans ces trois cas l'opération fut faite tardivement, après que le périoste eut donné lieu à un commencement de régénération, et après la délimitation exacte du séquestre.

G... recommande de reculer la résection autant qu'on le peut sans compromettre la vie du malade ; on commencera par réséquer les extrémités articulaires si les articulations participent à la lésion, et on attendra que la diaphyse se soit isolée et entourée d'une capsule osseuse pour en pratiquer l'extraction.

Les observations citées prouvent une fois de plus que chez l'adolescent, mais souvent aussi chez l'adulte, les épiphyses survivent à la nécrose de la diaphyse; on peut donc avec quelque raison critiquer la qualification de nécrose totale sous laquelle G, classe l'altération osseuse qu'il a observée et proposer de la remplacer par celle de nécrose diaphysaire.

PAUL BERGER.

Caries of first lumbar vertebra ; inflammation of the membranes of the cord extending to the brain ; death by coma (Carie de la première vertèbre lombaire ; inflammation des méninges médullaires s'étendant jusqu'au cerveau ; mort dans le coma, par B.-H. BRIETZCKE. (*Lancet*, 9 *nov.* 1872.)

Femme de 34 ans, de santé délicate. La lésion vertébrale ne fut point reconnue pendant la vie; il n'y avait aucune difformité, ni d'abcès par congestion. La malade accusa seulement des douleurs symétriques dans les deux genoux, signe important qui ne fixa pas l'attention. Les lésions des méninges se généralisèrent de suite; mais la moelle ne fut pas atteinte ; aussi n'y eut-il pas de paraplégie; la malade se plaignit seulement de douleur et raideur dans le cou en même temps qu'apparurent, avec violence, les symptômes cérébraux qui trompèrent l'observateur en lui faisant supposer l'existence d'une affection encéphalique aiguë.

A. G.

Du rôle de la circulation des os dans la production de l'ostéomyélite des amputés, par le Dr A. POULET. (*Thèse inaugurale; Paris*, 1872.)

L'auteur fait une bonne description clinique de l'ostéomyélite des amputés et de la nécrose qu'elle entraîne souvent. Il croit que cette der-

nière dépend surtout du niveau où l'os est scié ; ainsi elle serait fréquente dans les amputations où la section de ce dernier est faite au-dessus du trou nourricier. L'influence que peut avoir sur la nécrose la direction de l'artère nourricière, direction centripète au fémur où l'on a surtout noté cette complication, paraît un fait moins prouvé et qui n'a même pas pour lui les raisons *à priori* que l'auteur invoque, puisque l'artère nourricière fournit toujours des branches cheminant en sens inverse vers les deux extrémités de l'os. PAUL BERGER.

A Case of. universal hyperostosis, associated with osteoporosis, with a description of the specimens, by Ewing MEARS, W. KEEN, Harrisson ALLEN. and William PEPPER. *(Proceedings of the American philosophical Society*, 2 *déc.* 1870.*)*

Il s'agit d'un garçon de ferme de 14 ans, dont la maladie débuta en septembre 1866, par un gonflement de la face, puis des avant-bras, En mai 1867, après deux mois de guérison apparente, les mêmes phénomènes se manifestèrent; les pieds, les jambes, les cuisses furent pris, et le 8 février 1868, le malade mourait épuisé (from exhaustion), malgré la médication la plus tonique.

Après avoir décrit les os, leur poids, leurs dimensions, leurs caractères microscopiques, les auteurs concluent de leur examen qu'il y a lieu de distinguer trois phases distinctes dans cette lésion :

1° Une ostéoporose interne ; 2° une hyperostose externe due à des attaques successives de périostite. Ces deux processus existant simultanément et en proportions variées dans presque tous les os ; et 3° une induration secondaire.

Ce travail est accompagné de 2 figures représentant les coupes microscopiques d'un os et d'une dent, et de 24 figures représentant des os entiers ou en coupe.

Les auteurs ne connaissent qu'un cas semblable, mais d'un degré moindre, dans *Virchow's Archiv.*, vol. XLIII, 1868, pag. 470, planche 12. — On trouve, en outre, dans la plupart des traités, des exemples de la même maladie ; mais limitée. C. P.

Unusual injury to the elbow-joint (Lésion rare de l'articulation du coude), par William DATE. (*The Lancet*, 26 *oct.* 1872, *t. II, p.* 597.)

L'observation rapportée par William Date est un exemple de luxation du coude droit dans laquelle l'extrémité supérieure de l'olécrane était située au-dessous et un peu en avant de la surface articulaire de la trochlée. Le radius était luxé en dehors et l'épitrochlée fracturée. Il y avait, en d'autres termes, une luxation presque complète du cubitus en avant, sans fracture de l'olécrane. Cette lésion a été observée chez un jeune garçon de quatorze ans.

Le chloroforme a permis de constater exactement la situation des extrémités articulaires déplacées et d'opérer la réduction. E. D.

Zur vergleichenden Mortalitæt, Statistik analoger Kriegs und Friedenverletzungen (Mortalité relative des blessures de même ordre, en temps de guerre et en temps de paix), par R. VOLKMANN. (*Archiv f. klinische Chirurgie, XVe vol., 1re liv., p.* 1.)

L'auteur appuie sur des chiffres appartenant surtout aux statistiques du docteur *Fraenkel*, son élève, *de Billroth*, etc., l'opinion que les plaies soignées sur le champ de bataille ou aux environs donnent bien moins de mortalité que les lésions analogues ou comparables, soignées en temps de paix dans les hôpitaux civils. Il étudie surtout les fractures compliquées et leur évolution ; celles qui se produisent par cause accidentelle sont généralement accompagnées de grands désordres des parties molles : celles, au contraire, qui sont le résultat de coups de feu, présentent des lésions des os plus graves, mais moins de dégâts des muscles et des téguments et ont ainsi « un caractère comme sous-cutané. » — De là leur gravité moindre. De plus, les ambulances de campagne ne sont pas encore infectées, au moment où les blessés y viennent affluer, par les poisons septiques qui font des hôpitaux civils de véritables foyers d'infection.

Les chiffres sur lesquels repose la discussion à laquelle Volkmann se livre, sont également empruntés à *Middeldorpf, O. Weber, Maas, Baum*, en Allemagne, *Norris, et Lente* en Amérique, en Angleterre aux statistiques de *Saint-George's*, et *St-Bartholomew's hospitals.* P. BERGER.

Wound of abdomen with injury of intestine, recovery, par Henry HORTON. (*British medical Journal*, 28 *sept.* 1872, *p.* 347.)

Plaie pénétrante de l'abdomen chez un bûcheron, produite par un fragment de bouteille. — La plaie était à gauche, à deux pouces environ au-dessous de l'ombilic, de forme irrégulière en dehors, avec section du grand épiploon et division de la tunique séreuse du jéjunum. — Hernie de dix à douze pouces d'intestin avec l'épiploon. — Peu d'hémorrhagie ; l'épiploon, plus foncé qu'à l'état normal, est entièrement froid comme l'intestin. — Pas de prostration. — On fait la réduction *en masse* et l'on applique cinq points de suture avec des fils d'argent. — Opium à haute dose, avec un peu de calomel, toutes les deux heures.

Au cinquième jour, distension de l'abdomen ; — on enlève le point de suture inférieur et l'on couche le malade sur le côté. Écoulement de matière sanguinolente et grumeleuse. Évacuation semblable, chaque matin, pendant les trois jours qui suivent. — Amélioration ensuite, puis guérison vingt jours après l'accident.

Trois ou quatre ans après, la guérison s'était maintenue. Il n'y avait qu'une sensation de tiraillement au point blessé, due, sans doute, à l'adhérence de l'épiploon. La santé générale était parfaite. E. D.

Anévrismes.

Anévrysme fémoral guéri par la ligature de l'artère crurale après avoir été infructueusement soumis à la compression indirecte, par le prof. F. MOUTET. (*Mémoires de médecine et de chirurgie, IIIe série, p.* 221-259.— *Montpellier,* 1872.)

Étude critique des indications et des résultats comparés de la ligature et de la compression indirecte dans le traitement des anévrismes.

L'auteur réagit contre la tendance qui exalte la compression aux dépens de la ligature. Si la première compte moins de cas de mort, elle compte aussi moins de succès. L'auteur publie une observation originale qu'on lira avec fruit et qui se résume ainsi :

Anévrisme faux consécutif (traumatique) de l'extrémité supérieure de la fémorale gauche. — Développement rapide (3 mois et demi). — Compression digitale continuée pendant deux jours entiers; amélioration au bout de quelques heures, suivie d'un état stationnaire.

Compression mécanique prolongée pendant 13 jours sans aucun résultat. — Ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa. — Affaissement immédiat de la tumeur. — Le 9e jour après l'opération, hémorrhagie artérielle abondante par la plaie, arrêtée par l'application d'un tourniquet sur l'artère, au pubis. — Guérison complète sans autre accident, 18 jours après.

L'auteur rappelle une autre observation *d'anévrisme de l'artère poplitée gauche traité avec succès par la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa*, par M. Bouisson, et publiée antérieurement (*Montpellier médical*, t. XXII, p. 512). Dans ce cas, il n'y avait pas eu de tentative de compression.

Un appendice donne une observation d'anévrisme poplité spontané, traité par la ligature de l'artère poplité, par M. Alquié.

Ce dernier cas fut suivi de mort; celle-ci survint par hémorrhagie veineuse, la veine poplitée ayant été blessée dans l'opération. L'artère était oblitérée par un caillot solide. PAUL BERGER.

Des anévrismes des os, par F. MOUTET, prof. de cl. chirurgicale à Montpellier. (*Mémoires de médecine et de chirurgie, IIIe série, p.* 137-168. *Paris, Asselin,* 1872.)

L'auteur profite d'une observation qu'il publie pour faire une critique des opinions les plus récentes qui ont été émises en France sur la nature, les signes, le traitement de cette affection.

Les anévrismes des os, par leur nature, pourraient se diviser en *tumeurs érectiles* et en *anévrismes sacciformes;* c'est à cette variété qu'appartiendrait la tumeur enlevée par M. Moutet. Ce seraient les vaisseaux de l'os même, et non ceux du périoste, qui fourniraient cette dernière variété : le sac pourrait disparaître par places et être remplacé par le périoste ou l'os plus ou moins recouvert par des caillots.

Les signes pathognomoniques des anévrismes, expansion, souffle, réductibilité, peuvent manquer. Souvent le diagnostic ne serait possible que par exclusion ou par les commémoratifs.

Le traitement devrait être institué d'abord par les injections coagulantes, la compression, l'électropuncture; puis par la ligature ou l'amputation. L'extirpation devrait être rejetée. PAUL BERGER.

Remarkable case of Marjolin's warty ulcer (Cas remarquable d'ulcère végétant de Marjolin), par Benjamin M'DOWELL. (*The Dublin Journ. of med. sc., oct.* 1872.)

Marjolin a le premier, en 1828, décrit une forme de maladie des téguments qui peut se manifester sur les cicatrices de plaies irrégulières, de brûlures, etc... Elle est constituée par une ulcération présentant à son centre des végétations. Une douleur rongeante (gnawing), la résistance au traitement, parfois des hémorrhagies, la destruction et l'envahissement par ulcération des parties voisines : tels sont les autres caractères de cette maladie. Enfin, on peut observer consécutivement une altération des os et des lymphatiques et une contamination générale du sang, amenant la cachexie et l'hecticité. D'après les faits observés, il semblait que cette maladie eût un pronostic toujours fatal et dût être considérée comme de nature maligne; mais M'Dowell pense que l'on peut prévenir les accidents de la dernière période en opérant à temps. — Dans le premier cas qu'il rapporte, l'altération avait envahi une grande partie des téguments du bras, de l'avant-bras et du thorax. Le malade guérit à la suite de la désarticulation de l'épaule. L'auteur donne ensuite le résumé de six autres cas déjà publiés (2 guérisons définitives, — 4 morts). A. SEVESTRE.

Contusion du nerf radial, abolition du mouvement, conservation de la sensibilité tégumentaire. Service de M. LANNELONGUE. (*Gazette des hopitaux,* 19 *oct.* 1872.)

Compression du nerf radial par une béquille chez un sujet atteint de fracture de cuisse. Paralysie des muscles extenseurs du poignet et des doigts. *Conservation de la sensibilité tégumentaire*, comme dans les faits de Béclard, de Laugier (Académie des sciences), de Houel (Société de chirurgie) et de Richet (*Gazette des hôpitaux,* 1867). — Ces faits trouvent leur explication dans le phénomène de la sensibilité récurrente par voie anastomatique des dernières ramifications des nerfs. — M. Lannelongue, dans la clinique qu'il fit à ce sujet, rappela les études publiées par MM. Arloing et Léon Tripier dans les *Archives de physiologie*, sur le mécanisme de l'innervation de la main.— Ces auteurs ont établi : 1° qu'il est impossible de délimiter exactement les parties de la peau qui seraient sous la dépendance de tel ou tel tronc, et qu'une certaine solidarité ou corrélation fonctionnelle existait entre les nerfs radial, cubital et médian; 2° que le bout périphérique d'une branche terminale d'un nerf est sensible, pourvu qu'il reste un seul tronc nerveux intact dans le membre; 3° que, par conséquent, dans un même nerf, les impressions sensitives chemineraient du centre vers la périphérie, et de la périphérie vers le centre.

MM. Arloing et Tripier ont vérifié ces résultats, chez les animaux, sur le membre thoracique et sur le membre abdominal. A. J.

Abscess of the right lung bursting through the diaphragm and umbilicus (Abcès du poumon droit, s'ouvrant à l'extérieur à travers le diaphragme et l'ombilic), par J. WARING-CURRAN. (*Lancet*, 9 *nov.* 1872.)

Adolescent qui contracta une pneumonie de la base, au 20e jour d'une fièvre typhoïde. Cette pneunomie passa à l'état chronique; le malade sortit de l'hôpital, puis revint au bout de quelques mois dans un état d'épuisement et de marasme excessifs. Il y avait alors une douleur avec tuméfaction au niveau de l'appendice typhoïde. La tuméfaction s'étendit jusqu'à l'ombilic. Un jour, une grande quantité de pus sortit très-brusquement et, à la suite de cet incident, les phénomènes sthéthoscopiques de la poitrine changèrent, le son normal revint, et l'état général s'améliora rapidement. Le malade guérit et reprit son embonpoint.

A. G.

Abcès périnéphrétique chez un sujet atteint d'alcoolisme, par Léon COLIN. (*Gazette hebdomadaire*, 18 *octobre* 1872.)

L'auteur rappelle un cas qu'il a publié dans le même journal (*Gazette Hebdomad.*, 2 octobre 1863), et dans lequel un abcès périnéphrétique droit cheminant derrière le foie vint s'ouvrir dans la plèvre. — On fit deux fois la thoracentèse sans se douter de l'origine du pus dont l'autopsie seule démontra la source.

Voici le second cas qu'il vient d'observer :

X... âgé de 42 ans, est alcoolique. — En 1869, il a eu plusieurs accès de délirium tremens. — En 1871, épanchement ascitique pour lequel on fait plusieurs ponctions. — En avril 1872, ascite moins prononcée, dyspepsie, douleurs dans le flanc droit. On constate surtout une saillie anormale du lobe gauche du foie, formant à la région épigastrique une tumeur dure, plane, circonscrite, non fluctuante, douloureuse spontanément et à la pression. — Le malade meurt d'épuisement. — A l'autopsie, on trouve un foie volumineux (cirrhose hypertrophique) renfermant une quantité considérable de substance amyloïde. — La capsule de Glisson, siége d'une inflammation chronique, présente un demi-centimètre d'épaisseur. — Le rein droit n'est plus représenté que par des bosselures d'une coloration blanc-jaunâtre, et qui se trouve englobé dans un abcès dont le lobe gauche du foie formait la paroi supérieure. Le diagnostic ne fut pas fait pendant la vie.

Malgré le séjour du malade dans les pays chauds, on n'accepta pas l'hypothèse d'un abcès du foie, car les abcès de cet organe qui siégent dans le lobe gauche et qui se portent près de l'épigastre offrent d'habitude une forme acuminée et de la fluctuation.

A. J.

Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters (Maladies de l'anus et du rectum), par ESMARCH. (*Handbuch d. allg. u. spec. Chirurgie, von Pitha u. Billroth*); *Erlangen, Enke*, 1872; *III*e *vol.*, 2e *partie*, 5e *livraison* (1re *moitié*).

Chap. I. *Anatomie et physiologie.* — Chap. II. *Malformations.* Bibliographie complète. Bon article; classification, description clinique et trai-

tement bien discutés. — Chap. III. *Blessures du rectum.* — Chap. IV. *Corps étrangers.* — Chap. V. *Inflammations :* 1, *de l'anus;* 2, *du rectum;* 3, *périrectales.* — Chap. VI. *Ulcérations du rectum.* Indépendamment des autres espèces d'ulcères, l'auteur insiste spécialement sur les productions gommeuses décrites dans cet organe par Bärensprung; cette forme qui ne se distinguerait guère par elle-même des ulcérations dysentériques, scorbutiques et autres, s'accompagne souvent d'infiltration ou de tumeurs gommeuses dans le tissu cellulaire du rectum. L'auteur, dans ce chapitre, analysant le travail de M. Gosselin sur les rétrécissements du rectum (*Arch. de médecine,* 1854, t. II, p. 666), lui attribue des opinions contraires à celles qui sont en réalité exposées dans le mémoire qu'il cite. — Chap. VIII. *Rétrécissements.* — Chap. IX. *Fistules rectales* (sous ce titre est faite l'étude des fistules à l'anus). — Chap. X. *Constriction spasmodique de l'anus* (fissure à l'anus); exposé peu complet des théories pathogéniques, des variétés et du traitement de cette affection.

PAUL BERGER.

Pes varus acquisitus traumaticus (pied varus acquis, traumatique), par Max BARTELS. (*Archiv. f. klinische Chirurgie, Vol. XV,* 1re *livraison, p.* 91.)

L'auteur, sous ce nom, donne cinq observations de déplacement du pied consécutif à un traumatisme ayant porté sur la jambe ou le membre inférieur. Il réunit malheureusement des cas très-dissemblables :

Le cas n° 2 est un simple exemple de luxation médio-tarsienne.

Le cas n° 1 et probablement le n° 3 sont des exemples de fracture de la malléole interne, ou de la malléole interne et du calcanéum, avec subluxation immédiate du pied dont la plante se porte en dedans. L'observation 4 rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite de l'extraction d'un séquestre volumineux du tibia, vit son pied subir consécutivement la même déviation. Enfin, l'observation 5 est un cas de fracture compliquée de jambe et du calcanéum, pendant la consolidation de laquelle survint la déviation.

Quoi qu'il en soit, ce mémoire révèle une complication encore peu connue des fractures de jambe et de celles des malléoles.

Comme diagnostic, il serait presque superflu d'insister sur les points qui la distinguent du pied bot congénital. Son mécanisme si variable doit lui donner des caractères physiques peu constants. Quant au traitement, on réussit dans trois de ces cas à redresser le pied; mais le blessé dut garder un appareil orthopédique pour prévenir le retour du déplacement.

PAUL BERGER.

De la rétraction de l'aponévrose palmaire, par P. E. ROQUE. (*Thèse de doctorat Paris,* 1872, *in-4° de* 50 *pages.*)

La pathogénie de cette singulière affection décrite d'abord par Dupuytren, puis étudiée par Goyrand, Gerdy, Malgaigne, est encore imparfaitement connue. L'auteur, après avoir rappelé les travaux les plus récents sur l'anatomie de l'aponévrose palmaire, arrive à conclure que la théorie

de l'inflamation est celle qui rend le mieux compte des lésions constatées. C'est celle qu'avait soutenue Dupuytren.

Le traitement le plus rationnel consiste à essayer d'abord les antiphlogistiques, puis l'iodure de potassium et, dans certains cas, les sulfureux. Lorsque ces moyens ont échoué on est autorisé à recourir au traitement chirurgical, c'est-à-dire à la section sous-cutanée des brides qui n'offre que peu de danger.

Plusieurs observations inédites sont consignées dans ce travail.

E. D.

Case of rupture of the bladder. Death on the sixteenth day from uræmic intoxication (Observation d'un cas de rupture de la vessie, mort le 16e jour, par intoxication urémique). (*Med. Times and Gaz.*, 28 *sept.* 1872.)

N. O., âgé de 24 ans, admis le 20 novembre 1871 à l'infirmerie Leicester. — Reçut trois jours auparavant un coup très-violent dans la région abdominale; depuis lors a pu encore marcher. — A son entrée, présente une fluctuation considérable de l'abdomen. Une sonde introduite dans la vessie donne issue à 2 litres de liquide ; depuis lors est sondé matin et soir. Les jours suivants, il est pris d'attaques éclamptiques et meurt le 3 décembre pendant une 3e attaque.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine à peu près deux litres d'urine claire; la vessie est contractée et présente à sa face postérieure une déchirure de six centimètres de longueur. J. DUBRISAY.

Rupture of the bladder from retention of urine (Rupture de la vessie par rétention d'urine), par W. S. GOULEY. (*The Medical Record*, 1er *nov.* 1872, *p.* 457.)

Deux observations nouvelles de rupture de la vessie fournissent à l'auteur l'occasion de faire l'histoire de cet accident. La première des observations qu'il rapporte est remarquable par ce fait que la rupture de la vessie survint pendant la période déterminée par l'administration de l'éther, chez un homme de 60 ans, dont l'urèthre avait été complétement déchiré en travers. La mort survint rapidement. Dans le deuxième cas, la rupture se produisit consécutivement à un rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 36 ans, qui survécut six semaines et mourut de néphrite.

Les autres faits cités dans ce travail sont empruntés, pour la plupart, à une statistique de 68 cas, publiée en 1851 dans le Journal de médecine de New-York par le Dr Smith, et dont M. Houel, dans sa thèse d'agrégation (1857), ne paraît pas avoir eu connaissance.

Relativement au traitement, lorsqu'il existe un rétrécissement de l'urèthre, Gouley conseille de faire l'uréthrotomie externe en pénétrant dans l'urèthre par sa partie latérale et en prolongeant l'incision jusqu'au col de la vessie, puis d'introduire une sonde dans la vessie, par cette voie, et de chercher la perforation avec l'extrémité de la sonde. S'il s'écoule de l'urine en abondance, on a la preuve que celle-ci est accumulée dans le cul-de-sac péritonéal ; sinon, elle est infiltrée dans le tissu cellulaire du bassin, et l'incision du périnée est encore utile dans ce cas. E. D.

De la fièvre dans les maladies des voies urinaires ; recherches sur ses rapports avec les affections du rein, par le Dr A. MALHERBE. (*Thèse de doctorat; Paris, 1872, in-4° de 148 pages avec six tableaux.*)

Dans ce travail étendu et consciencieux, qui renferme 67 observations et de nombreux tracés thermométriques, M. Malherbe s'est proposé d'établir les relations qui existent entre la fièvre qui se montre dans les maladies des voies urinaires et les affections du rein.

Il désigne sous le nom de *fièvre urémique* les accès fébriles que l'on observe dans ces cas, et en admet deux formes : l'une, forme aiguë à grands accès distincts, l'autre, forme lente, à type continu rémittent. Cette fièvre urémique paraît être l'expression d'une *lésion rénale*, passagère ou permanente, congestion simple ou néphrite interstitielle qui entraîne un trouble profond de la sécrétion urinaire et, par suite, la rétention des matériaux de l'urine dans le sang. Il y aurait donc, dans la fièvre urémique, des symptômes réactionnels dus à l'inflammation du rein et des symptômes d'intoxication dus à la rétention des matériaux de l'urine.

E. D.

Ueber Pathogenie der Harnrœhrenstricturen und über den Bau der menschlichen Urethra (Pathogénie des rétrécissements de l'urèthre et structure de l'urèthre chez l'homme), par B. STILLING. (*Archiv f. klinische Chirurgie, XVe vol., 1re liv., p. 22.*)

L'auteur décrit surtout les trabécules des corps caverneux et du corps spongieux de l'urèthre. Il leur assigne une texture musculeuse et en fait de véritables petits muscles radiés, qui relieraient la muqueuse de l'urèthre à l'enveloppe fibreuse de la verge. Dans la miction comme dans l'érection ces muscles prenant un point d'appui sur l'albuginée distendue par le sang, dilatent le canal de l'urèthre et facilitent l'émission de l'urine ou du sperme.

La contracture de ces muscles produit les rétrécissements spasmodiques, leur dégénération fibreuse (généralement consécutive à leur inflammation, notamment dans la blennorrhagie) empêche la miction tant par absence de cette dilatation décrite par St. que par rétraction du tissu fibreux nouveau, surtout s'il se produit des inflammations répétées.

PAUL BERGER.

Utero-peritoneal fistula, par LAWSON TAIT. (*The Lancet, 19 oct. 1872, p. 557.*)

Les deux observations que publie Lawson Tait ne sont pas les premières qu'il ait données de cette singulière affection. Il se réserve de l'étudier complétement plus tard.

Dans la première observation qu'il rapporte, il s'agit d'une femme de 26 ans, mère de quatre enfants et dont le dernier accouchement remonte à cinq mois. Depuis, les règles sont venues avec une abondance excessive chaque mois, durant huit et neuf jours. Le col était entr'ouvert. Une sonde introduite dans la cavité de l'utérus pénétrait directement jusqu'à l'ombilic, et son extré-

mité pouvait être sentie à travers la paroi abdominale dans presque tous les points. L'utérus paraissait à peine plus volumineux qu'à l'état normal et la sonde semblait émerger de la partie moyenne de son fond. Le col présentait un état granuleux particulier et de petites parcelles pouvaient en être détachées avec l'ongle. La sensation qu'il donnait au doigt n'était pas celle d'une tumeur maligne, mais une sensation qui ne ressemblait à aucune de celles que l'on perçoit d'ordinaire. Le bromure de potassium régularisa la menstruation.

La femme qui fait le sujet de la deuxième observation était âgée de 33 ans, mariée depuis sept ans et mère de quatre enfants. Le dernier accouchement datait d'un an et depuis cette époque il y avait un écoulement purulent abondant. L'utérus était fixe au milieu d'une masse immobile qui occupait tout le bassin. Le col était rétracté et l'orifice entr'ouvert. La sonde introduite dans l'utérus arriva jusqu'au voisinage de l'ombilic et l'extrémité put être promenée librement tout autour, au-dessous des téguments. La sonde s'engageait toujours dans la même voie.

La première impression de Lawson Tait fut qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde qui avait détruit le fond de l'utérus. Il s'est arrêté à l'idée d'une hématocèle suppurée ouverte dans deux directions et ayant laissé une fistule. Ce qu'il y a de remarquable, dans ce cas, c'est qu'une grande quantité de pus a dû et doit encore s'écouler dans la cavité péritonéale sans qu'il en résulte aucun inconvénient apparent.

Dans ces deux cas l'introduction de la sonde n'a donné lieu à aucune douleur, ni à aucun trouble quel qu'il soit. E. D.

Classification clinique des tumeurs, par le Dr S. Hubert SERRE. (*Thèse d'agrégation. Montpellier,* 1872.)

Après avoir montré qu'il n'existe encore dans la science aucune bonne classification des tumeurs appropriée aux besoins de la clinique, l'auteur propose de diviser celles-ci en 8 classes :

1° Tumeurs formées par le déplacement des parties molles et des parties dures;

2° Tumeurs formées par les corps étrangers;

3° Tumeurs dues à des troubles de la nutrition, locaux ou généraux, et dont le contenu doit être éliminé de l'organisme;

4° Tumeurs produites sous l'influence de maladies virulentes;

5° Tumeurs formées par les trois liquides généraux de l'organisme, le chyle, la lymphe et le sang, et les canaux qui les contiennent;

6° Tumeurs formées par des accumulations de liquide dans les cavités (cavités normales des membranes séreuses) ou par les dilatations ou les oblitérations des conduits naturels, ou formées de toutes pièces dans les tissus contenant des produits normaux ou anormaux, altérés ou modifiés plus ou moins promptement;

7° Tumeurs développées sous l'influence d'une affection générale inconnue dans sa nature, mais non diathésique. Ces tumeurs peuvent guérir après l'ablation, ne récidivent que rarement, se développent avec lenteur et ne se généralisent pas le plus habituellement dans l'organisme;

8° Tumeurs développées sous l'influence d'une affection diathésique,

très-souvent multiples, à croissance rapide, et susceptibles, au plus haut degré, de généralisation et d'infection.

Il est évident que les critiques adressées par l'auteur aux autres classifications pourront à bon droit être retournées contre la sienne. D'ailleurs ces sortes de divisions artificielles, qui varient suivant le point de vue auquel on se place et prennent pour objectif, non pas un certain nombre de produits morbides définis, mais un ensemble énorme de lésions n'ayant de commun qu'un caractère extérieur de valeur secondaire, ne peuvent avoir qu'un intérêt bien médiocre.

Congenital cyst of the Neck, or the hygromatous cyst of von Ammon, by Dr W. R. MAC-MAHON. (*American Med. and Surg. Reporter, 27 juillet* 1872.)

Large kyste étendu d'une oreille à l'autre et du sternum au menton. — Des accidents de voisinage apparurent seulement au bout d'un mois après la naissance. Incision palliative. — Amélioration. — Deux mois après récidive complète. — Séton de soie à travers la tumeur; au troisième jour, vu l'absence d'inflammation, le séton est imbibé de teinture d'iode; après 10 jours de ce traitement quotidiennement répété, l'inflammation paraissant suffisante, le séton est enlevé. — Guérison complète, sans qu'il y ait eu de troubles généraux appréciables. C. P.

On a case of congenital cystic tumour in the neck, successfully extirpated, par James HARDIE. (*The Lancet, 9 nov.* 1872, *t. II, p.* 667.)

Les observations de kystes congénitaux sont rares; mais ces tumeurs se rencontrent plus souvent au cou que dans des autres régions, selon la remarque du Dr Hardie.

Le cas qu'il a observé est relatif à une petite fille de cinq mois. A la naissance, la tumeur avait le volume d'une noix; elle était située sur le côté gauche du cartilage thyroïde, lobulée et fluctuante par endroits. On retira par la ponction une petite quantité de liquide clair et, plus tard, dans certains points, on obtint un liquide de consistance gélatineuse. Après un essai infructueux de traitement par l'électrolyse, l'auteur se décida à enlever la tumeur qui avait le volume du poing d'un adulte, et occasionnait des symptômes alarmants du côté de la respiration et de la déglutition.

La dissection fut laborieuse; il fallut diviser les deux sterno-mastoïdiens et une hémorrhagie abondante se produisit du côté droit. L'opération dura une heure et cinq minutes. L'enfant chloroformée pendant ce temps était en état de mort apparente à la fin de l'opération. Elle se rétablit cependant, et malgré un érysipèle, la guérison était complète au bout de deux mois.

La tumeur pesait quatre onces et demie. Elle était formée d'une multitude de petits kystes au milieu d'un stroma dense et cartilagineux par places. La section offrait l'aspect d'un rayon de miel. La tumeur était située entre le muscle sterno-mastoïdien et les muscles du larynx, et latéralement était en connexion avec la gaîne des vaisseaux du cou.

La question de l'origine des kystes congénitaux du cou est loin d'être résolue et l'auteur de cette observation ne l'aborde pas. Parmi les opinions qui ont été émises le plus récemment sur ce sujet, il faut rappeler

celle de Luschka, qui considère le ganglion intercarotidien comme étant le point de départ de ces kystes, et celle de Heusinger qui veut trouver leur explication dans une oblitération incomplète de l'une des dernières fentes branchiales. La thèse de P. Boucher (Des kystes congénitaux du cou. — Paris, 1868) renferme une vingtaine d'observations de ces tumeurs. E. D.

Papilloma of the larynx (polype du larynx), par Paluel de MARMON, M. D. (*The Medical Record*, 1 *oct.* 1872.)

L'observation se rapporte à un enfant âgé de 5 ans 1/2 qui avait été atteint de coqueluche à 4 ans. Depuis cette maladie il était devenu enroué, puis complétement aphone, et il resta tel jusqu'à sa mort. — L'existence du polype qui était implanté sur le cartilage thyroïde ne fut constatée qu'à l'autopsie. J. DUBRISAY.

Cases of tetanus. (*The Lancet*, 19 *oct.* 1873, *p.* 560.)

Les trois observations sont dues à Frank-H. Hodges. Les deux premières sont relatives à des malades traités par Hornby, — la dernière à un malade de Husband.

La première observation est un cas de tétanos traumatique, suivi de mort, chez un homme de 32 ans atteint d'une luxation compliquée du petit doigt. — Les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine ont été employées.

Dans la deuxième observation, le tétanos s'est déclaré chez un homme de 40 ans qui s'était fracturé la cuisse cinq mois auparavant et qui portait encore une plaie non guérie. — On employa le chloral à la dose de trente grains à l'intérieur, et la nicotine à la dose d'une goutte en lavement toutes les quatre heures, au début. Le malade a guéri.

Le dernier cas est un exemple de guérison d'un tétanos traumatique survenu chez un garçon de 13 ans à la suite de l'écrasement du doigt annulaire. Dès les premiers symptômes du tétanos, on fit l'amputation du doigt. Puis on pratiqua des injections sous-cutanées de morphine toutes les heures. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, on peut se demander quelle part revient à l'amputation dans la guérison de ce tétanos. E. D.

De l'emphysème sous-cutané, généralisé, traumatique, chez les adultes. — par M. ROUX. (*Thèse de Paris*, 12 *août* 1872.)

Dans ce travail inaugural l'auteur a réuni tous les faits épars dans la science. Il y a ajouté trois observations nouvelles. L'une de ces observations présente quelque intérêt. Un jeune soldat, dans le cours d'une dyssenterie, fut subitement atteint d'emphysème sous-cutané à la suite d'efforts violents et répétés de défécation. L'emphysème se borna au tronc et disparut au bout de 8 jours. Au moment de la sortie du malade il

n'en restait plus trace. Du reste, rien de nouveau ni de saillant dans cette thèse qui n'est qu'une bonne compilation.

J. DUBRISAY.

On pyœmia, par Edward COPEMAN. (*British med. Journ.*, 2 *nov.* 1872, *II, p.* 490.)

Après quelques considérations sur la nature de l'infection purulente, qu'il ne croit pas due à l'altération du sang par le pus, l'auteur propose d'employer l'essence de térébenthine qu'il a vu réussir dans un cas où la mort paraissait imminente. La formule indiquée est la suivante : essence de térébenthine, 4 grammes; huile de ricin, 6 grammes; eau, 30 grammes; à prendre toutes les six heures.

E. D.

Abcess of heart and kindneys, with suppurative periostitis; a distinct kind of pyæmia (Abcès du cœur et des reins dans la périostite suppurée; espèce particulière de pyémie.) Guy's hospital; Dr MOXON. (*Med. Times and Gaz.*, 28 *sept.* 1872, *II, p.* 351.)

L'existence d'abcès métastatiques dans le cœur et dans les reins est signalée comme étant intimement liée à la suppuration du périoste, tandis que les abcès du foie, de la rate, des articulations, ne se rencontreraient pas dans ce cas. Une observation relative à une petite fille de neuf ans est rapportée à l'appui de cette assertion, qui mérite d'être confirmée par de nouveaux faits. E. D.

Amputation of the Thigh in Calcutta (De l'amputation de la cuisse à Calcutta), par J. FAYRER. (*Méd. Times and Gaz.*, 30 *novembre* 1872. *II, p.* 595.)

Ce mémoire renferme une analyse rapide de trente-sept cas d'amputations de la hanche, de la cuisse et du genou, pratiquées pendant une période de onze années, à l'hôpital du Collége médical de Calcutta. L'auteur fait remarquer que ces opérations sont rarement suivies de succès dans le pays, et qu'il faut rechercher les causes de la fréquence de l'infection purulente qu emporte les opérés dans les mauvaises conditions hygiéniques de l'hôpital. Toutefois, depuis deux ou trois ans, ces conditions se sont améliorées et les résultats ont été moins désastreux.

Nous pensons que la statistique publiée par Fayrer est utile à connaître en raison même de la mortalité élevée qu'elle accuse : nous sommes trop habitués à ne voir publier que les séries heureuses.

Sur six désarticulations de la hanche, il y a eu cinq morts et une guérison (amputation traumatique secondaire). Sur six amputations du tiers supérieur de la cuisse, on compte six morts. Quatre amputations du tiers moyen de la cuisse ont donné une guérison (amputation pathologique). Dix-neuf amputations au tiers inférieur ont fourni seulement deux guérisons. Enfin, deux désarticulations du genou ont été suivies toutes deux de mort. En résumé, sur trente-sept amputations ou désarticulations,

l'auteur ne compte que quatre guérisons; soit une mortalité de 89 pour 100.

La cause la plus habituelle de la mort a été l'infection purulente, suite d'ostéo-myélite. E. D.

Amputation through the shouler-joint, for injury; pregnancy; delivery; recovery. (Désarticulation de l'épaule pour cause traumatique chez une femme enceinte; accouchement; guérison). *(The Lancet, 2 nov. 1872, t. II, p. 632.)*

Cette observation présente un intérêt particulier, en raison des discussions récentes qui ont eu lieu à la Société de chirurgie sur les opérations pratiquées pendant la grossesse.

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui avait eu la main prise entre les cylindres d'une machine. La main, l'avant-bras étaient réduits en bouillie et il y avait fracture du tiers moyen de l'humérus, avec plaie s'étendant jusque dans l'aisselle. Cette femme était enceinte de sept mois.

Le Dr Hume fit la désarticulation de l'épaule avec lambeau deltoïdien, le 26 juillet 1872.

Le 11 août, la malade accoucha d'un enfant mâle en état de décomposition; le travail fut facile.

Le 20 août la plaie se cicatrisait rapidement et la malade se levait plusieurs heures. Elle quitta le service le 3 septembre complétement guérie. E. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

The principles and practice of surgery, by Frank Hastings HAMILTON, professor in Bellevue hospital med. college. — New-York. Will. Wood, 1872, 943 p.

The practice of surgery. A manual by Thomas BRYANT. 1 vol. de 1088 p., avec 507 fig. London, J. and A. Churchill, 1872.

Chirurgische Erfahrungen aus dem Marien-Krankenhause zu Hamburg (Observations chirurgicales), par DANZEL.

Sommaire. — Gangrène nosocomiale. — Fracture par coup de feu du fémur. — Amputation du fémur par la méthode de Gritti. — Résection du coude. — *Id.* du genou. — Du tarse. — Du péroné. — Des côtes. — Hernies étranglées. — Ovariotomie. — Ligatures. — Trachéotomie. — Fracture par coup de feu du tibia.

(*Arch. für klinische Chirurgie*, vol. XV, 1re livraison, p. 63.)

Jahresbericht der chirurgischen Klinik zu Bonn (Clinique chirurgicale de Bonn; statistique, octobre 1870-1871), par V. MOSENGEIL. (*Archiv für klinische Chirurgie*, vol. XV, 1re livraison, p. 133.)

A treatise on diseases of the bones (Traité des maladies des os), par MARKOC. (New-York, 1872.)

Art. Os maxillaires (pathologie), par le Dr F. Guyon. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 2e série, t. V, 2e partie. — P. Asselin et G. Masson, Paris, 1872.)

Art. Carcinome (partie clinique), par le Dr A. Hénocque. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, t. XII, 2e p.).

Art. Carotide (pathologie), par le Dr L. Lefort. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, t. XII, 2e p.)

Sul rachitismo fetal (Sur le rachitisme du fœtus). étude du Dr Ange Filippi. (*L'Imparziale*, sept. 1872.)

De l'ostéite envisagée au point de vue de l'accroissement des os. Des causes qui produisent l'hyperthrophie ou l'arrêt de développement. De l'excès d'allongement dans les ostéites diaphysaires, part. Poncet. (*Gaz. hebd.*, n° 42, p. 676, 1872.)

A case of necrosis of one third of the seventh rib, by James Bailey. (*New-York. Med. Journ.*, oct. 1872, p. 384.)

Fall von Ostitis der Rippen und Brustwirbel (Observation d'ostéite des côtes et des vertèbres dorsales). Kottmann. (*Corresp.-Blatt für schweizer. Aerzte*, 15 novembre 1872.)

Caries of os calcis; carious portions removed by the gouge and potassa fusa applied. — Middlesex hospital. — M. de Morgan. (*Med. Times and Gaz.*, 12 oct. 1872, II, p. 407.)

Ulcerative disease of the second range of the tarsal bones of the left foot. — Syme's amputation. — Middlesex hospital. — M. de Morgan. (*Med. Times and Gaz.*, 12 oct. 1872., II, p. 407.)

Epiphysenlösung im späteren Alter; hochgradige Arthritis deformans (Décollement épiphysaire chez un homme de 55 ans atteint d'arthrite déformante), von Dr Otto Barth in Leipzig. (*Arch. der Heilkunde*, Leipzig, 1872.)

A case of great deformity of the lower extremities successfully treated without an operation, par Luther Holden. (*The Lancet*, 16 nov. 1872, II, p. 702.)

Coup de feu; fracture comminutive de l'humérus gauche dans le tiers supérieur; extraction de la balle; infection purulente; résection de 6 cent. de l'humérus; guérison avec conservation de tous les mouvements du membre. Communication faite à la Soc. méd. d'émulation, le 4 mai 1872, par le Dr Laskowski. (*Un. méd.*, oct. 1872, n° 123, p. 591.)

A case of fracture of base of skull (Observation de fracture de la base du crâne), par R. Eaton Power. (*Med. Times and Gaz.*, 26 oct. 1872, II, p. 459.)

Extensive fracture of the base of the skull; compression; death (Fracture étendue de la base du crâne; compression; mort). University college hospital. Dr Marshall. (*The Lancet*, 23 nov. 1872, II, p. 740.)

Three cases of fracture of the base of the skull complicated with facial paralysis; recovery; clinical remarks (Trois observations de fractures de

la base du crâne, compliquées de paralysie faciale; guérison; remarques cliniques.) University college hospital. M. MARSHALL. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 597.)

Fracture of both patellæ by muscular action (Fracture des deux rotules par contraction musculaire), par Thomas WELCH. (*The Lancet*, 5 oct. 1872, p. 513.)

Fracture of the ilium by muscular force, par George-J. SEALY. (*Brit. med. Journ.*, 16 nov. 1872, II, p. 549.)

Rares dislocations (Luxations du genou et de l'extrémité interne de la clavicule). M. Samuel HEY. (*Med. Times and Gaz.*, 2 nov. 1872, II, p. 488.)

Notes on dislocations (Luxation compliquée du genou; luxation simple du genou; luxation de l'extrémité sternale de la clavicule), par HANCOCKE WATHEN. (*Med. Times and Gaz.*, 23 nov. 1872, p. 567.)

Simple dislocation backward of the fifth metacarpal bone at its carpo-metacarpal articulation; reduction (Luxation simple en arrière du cinquième métacarpien dans son articulation carpienne; réduction). Dr MASON (of Brooklyn), emprunté au *New-York. Med. Journ.* (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 605.)

Two cases of compound dislocation of the ankle-joint; recovery with movable joints (Deux observations de luxations tibio-tarsiennes compliquées de plaie; guérison avec rétablissement des mouvements). Dr Luke ARMSTRONG. (*The Lancet*, 7 déc. 1872, II, p. 815.)

Quelques considérations sur les polypes muqueux des fosses nasales et leur traitement, par F. KUENEMANN. (*Thèse de doctorat*. Paris, in-4°, 56 p.)

Exostoses into orbit and from frontal sinus. — Dr BRYANT. (*Brit. med. Journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 631.)

Medullary carcinoma of the antrum (Ablation du maxillaire supérieur). — Dr MEARS. — 9 juin 1870. (Proceedings of the *Path. Soc. of Philadelphia* p. 175, t. X.)

Epithelioma of the upper jaw (Epithelioma de la mâchoire supérieure), par N.-C. DOBSON. (*Brit. med. Journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 627.)

Étude sur la pathogénie de certains kystes des mâchoires, par A. BARBAT. (*Thèse de doctorat en médecine*. Paris, 1872, n° 326.)

Tumour of the lower jaw. — Dr GROSS. — 10 nov. 1870. (Proceedings of the *Path. Soc. of Philadelphia*, 1872, p. 184.) Ostéo-sarcome. — Résection partielle de la mâchoire.

Tumeur mélanique sous-maxillaire volumineuse. Ablation. Guérison par première intention, par le Dr AUGÉ de Pithiviers. (*Un. méd.*, n° 130, oct. 1872, p. 686.)

Sebaceous cyst in the neck of two year's growth; removal (Kyste sébacé du cou datant de deux ans, ablation). — King's college. — Henry SMITH. — (*Med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1872, p. 432.)

Bronchocele giving rise to dispnœa ; tracheotomy; subsequent death from phthisis ; trachœa compressed by the enlarged thyroïd body. — Leed's general infirmary. — M. Jessop.

Cystic mammary gland ; removal after tapping (Kyste de la glande mammaire ; ablation après ponction). — King's college. — M. Henry Smith. (*Med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1872, p. 432.)

Recurrent cancer in cicatrix in mammary region ; removal. Middlesex hospital. — M. de Morgan. (*Med. Times and Gaz.*, 12 oct. 1872, II, p. 407.)

Cancer of the breast (Cancer du sein). — S. Bartholomew's hosp. — M. Callender. (*Brit. med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442.)

Traumatic aneurism at the bed of the elbow ; the sac opened and the vessel secured by ligature ; cure (Anévrysme traumatique du pli du coude ; ouverture du sac et ligature des vaisseaux ; guérison). — Dr Jessop. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 776.)

Aneurism of common femoral, treated first by pressure and ultimately by ligature of the external iliac. — Dr White. (*Med. Times and Gaz.*, 30 nov. 1872, II, p. 599.)

Aneurism of the left femoral artery ; pressure on the external iliac artery ; death. Clinical remarks par M. Savory. (*Brit. med. Journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 497.)

Subclavian aneurysm treated by temporary compression of the innominate artery, followed by ligature. — Dr E.-R. Bickersteth. (Royal medic. and chir. Society.) (*Med. Times and Gaz.*, 7 déc. 1872, II, p. 639.)

Observation d'hématocèle de la bourse séreuse prérotulienne (hygroma-sanguin), par M. E. Piéchaud. (*Bordeaux médical*, n° 41.)

Essai sur la pustule maligne et son traitement, par A. George. (*Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4°, 39 pages.)

Facial carbuncle (Anthrax de la face). (*The Lancet*, 5 oct. 1872, p. 497.)

Psoas abcess ; acute tuberculosis ; death. — Erichsen. (*The Lancet*, 28 sept. 1872, p. 447.

Rapid malignant infiltration of the muscles of the thigh (Infiltration maligne rapide des muscles de la cuisse). — St-Bartholomew's hosp. — Savory. (*Brit. med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442.)

Quelques considérations critiques sur la nature miasmatique et spécifique de l'infection purulente, par F. Oppermann. — *Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4°, 48 pages.

Criticism of Dr Chauveau of Lyons on the discussion at the Pathological Society on Pyæmia, par J. Burdon Sanderson. (*Brit. med. Journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 459.)

Cellulitis of the right side of the chest. Pyæmia with pustular eruption; death (Phlegmon du côté droit de la poitrine. Infection purulente avec éruption pustuleuse; mort). Dr Bristowe. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 775.) Observ. pour servir à l'histoire de l'infection purulente, par le Dr Servier. (*Gazette hebd.*, no 44, p. 710, 1872.)

Storia di flemmone alle borse con uscita di vari lombricoïdi (Histoire d'une phlegmon des bourses avec sortie de plusieurs vers lombricoïdes). Observation du Dr L. Termini. (*L'Imparziale*, de Florence, no 17, 1er sept. 1872.)

A lumbricus discharged through an abcess about the hip-joint; recovery (lombric évacué par un abcès au voisinage de l'articulation de la hanche; guérison). — Dr P. Preston. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 777.)

A needle four inches long extracted from the abdomen; recovery (Aiguille longue de quatre pouces, retirée de l'abdomen; guérison). — Dr Th.-J. Preston. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 777.)

Quelques observations sur le traumatisme aux pays chauds, par L. Cantellauve. (*Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4o, 39 pages.)

Note sur l'emploi des balles explosibles et les causes qui ont fait croire à leur usage. Malléabilité, fragmentation, déformation des balles de plomb; étendue et gravité des plaies par armes à feu. De la fusion des balles de plomb dans les plaies, par le Dr Lecourtois. (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1871, p. 398.)

Bericht über die Folgen einer Schussverletzung in die linke Halsseite: Hirn-Rückenmarks-Sympathicus-Verletzung (Troubles consécutifs à un coup de feu reçu sur le côté droit du cou: lésions du cerveau, de la moelle et du grand sympathique), par Bernhardt. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 18 et 25 novembre 1872.)

Injuries of nerves and their consequences (blessures des nerfs et leurs conséquences), par S. Weir-Mitchell. (Philadelphie, 1872.)

Case of wound of intestine; recovery, par Henry Dodd. (*British med. Journ.*, 9 nov. 1872, II, p. 516.)

Wound of abdomen; protrusion of intestine; hæmorrhage; peritonitis; death. — Middlesex hosp. Hulke. (*The Lancet*, 12 oct. 1872, p. 526.)

Omental hernia; neck of sac obliterated; effusion of serum (Hernie épiploïque; collet du sac oblitéré; écoulement de sérosité). Middlesex hospital. — Hulke. (*The Lancet*, 2 nov. 1872, II, p. 627.)

Strangulated umbilical hernia; operation; recovery; par W.-S. Arnison. (*The Lancet*, 2 nov. 1872, II, p. 627.)

Étude sur la hernie lombaire. (*Thèse inaugurale par* (Alban Rigodin. Paris, 1872.)

Strangulated scrotal hernia, with complications, par C.-A. NASON. (*Brit. Med. Journ.*, 5 oct. 1872, II, p. 381.)

Considérations sur l'uréthrite, par NICOLAS. (*Thèse pour le doctorat en médecine.* Faculté de médecine de Paris, 1872, n° 331.)

Urethral fever from catheterism. Its nature and treatment, par J.-W.-S. GOULEY. (*Medical Record.*, 1er oct. 1872, p. 409.)

Des lésions traumatiques de l'urèthre chez l'homme, dans la contusion du périnée, par Michel CAZAUX. (*Thèse de doctorat.* Paris, 1872, in-4°, 56 p., avec une planche.)

Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre, par L.-A. SALVETAT. (*Thèse de doctorat.* Paris, 1872, in-4°, 73 pages.)

On stricture of the urethra, par sir Henry THOMPSON (1re leçon). (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 769. — *Id.* (2e leçon). (*Lancet*, 7 déc., 1872, II, p. 805.)

Remarks on strictures of the urethra of extreme calibre with cases and a description of new instruments for their treatment, by F.-N. OTIS, clinical professor of venereal diseases of New-York. (*New-York. Medical Journal*, febr. 1872.)

Stricture of the urethra; perineal fistula; dilatation of the urethra; cure. — Dr BELLAMY. (*The Lancet*, 7 déc. 1872, II, p. 813.)

Stricture of the urethra; orchitis; pyœmic symptoms; perineal section; recovery. — M. HULKE. (*The Lancet*, 9 nov. 1872, II, p. 670.)

Observation de cystite rhumatismale, par M. DUBOURG. (*Bordeaux Médical*, n° 42, 8 déc. 1872.)

Rupture of the urinary bladder. — ERSKINE MASON. (*New-York. Med. Journ.*, aug. 1872.)

Rupture of urethra with extravasation of urine; recovery. — Charing-Cross hospital. Dr BELLAMY. (*The Lancet*, 16 nov. 1872, II, p. 706.)

Extravasation of urine; opération; recovery. — West London hospital. Dr TEEVAN. (*The Lancet*, 30 nov. 1872, II, p. 776.)

Scrotal fistula from a fall; complete occlusion of urethra (Fistule scrotale consécutive à une chute; occlusion complète de l'urèthre). — Guy's hosp. DURHAM. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442.)

Fistulæ in ano. Operation by division of sphincter ani in three places — King's College. Henry SMITH. (*Med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1872, p. 431.)

De l'hypertrophie prostatique et de son traitement, par E. TOUPLAIN. (*Thèse de doctorat.* Paris, 1872, in-4° de 39 pages.)

Des abcès de la prostate, par J.-L. PASTUREAU. (*Thèse de doctorat.* Paris, 1872, in-4°, 46 pages.)

Meine Behandlung der Krankheiten der Harnröhre und insbesondere des Trippers mit Salben-Bougies (Mon traitement des maladies de l'urèthre et principalement de la blennorrhagie à l'aide des bougies recouvertes d'un enduit médicamenteux), par le Dr Th. CLEMENS à Francfort s. M. (*Deutsche Klinik*, n° 46, 16 nov. 1872.)

Relation de deux observations pour servir à l'histoire des tumeurs congénitales de la région ano-coxygienne, par M. Buman, de Fribourg. (Extr. du *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, juillet 1872.)

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

ANALYSES.

Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie, avec atlas de 24 planches en chromolithographie, par M. Maurice PERRIN, médecin principal d'armée, professeur au Val-de-Grâce. (*Paris* 1872. *G. Masson, éditeur.*)

L'ouvrage de M. Perrin comprend deux parties distinctes, la première renferme la description des maladies du fond de l'œil visibles à l'ophthalmoscope. Dans la deuxième se trouve l'étude clinique des anomalies de la réfraction et les moyens de les corriger.

Dans la première partie, consacrée à la pathologie du fond de l'œil, les premiers chapitres ont trait à la description des divers ophthalmoscopes, à leur mode d'emploi, à l'examen de l'œil au moyen de l'image droite et renversée, de l'éclairage oblique.

Là se trouve indiqué aussi l'œil artificiel imaginé par l'auteur, instrument de pratique très-utile pour les commençants.

Quelques pages sont consacrées à l'exploration du champ visuel, aux phosphènes, aux images entoptiques.

La pathologie commence par les maladies du corps vitré.

L'on trouve résumés, dans ce chapitre, les travaux récents d'histologie normale et pathologique, et de physiologie expérimentale, qui ont fait faire un grand pas à l'étude clinique de ces maladies. Mais les nombreuses lacunes, les obscurités qui règnent encore sur ce sujet, et qui embarrassent si souvent dans la pratique, y sont aussi signalées.

Puis viennent les maladies de la choroïde, précédées d'un exposé succinct des différents aspects que cette membrane peut offrir à l'ophthalmoscope, à l'état physiologique. Les choroïdites sont divisées en deux groupes, suivant qu'elles se compliquent ou non de déformation du globe oculaire. Dans le 1er groupe se trouvent les choroïdites simples (disséminées des autres auteurs) avec leurs variétés. Dans le 2e, les choroïdites staphylomateuses (scléro-choroïdites.

Les maladies de la rétine et du nerf optique sont traitées avec soin. L'auteur critique avec justice les travaux de ceux qui ont voulu diagnostiquer, au moyen de l'ophthalmoscope, toutes les mala-

dies cérébrales et autres. Il fait toucher du doigt ce qu'il y a d'exagéré dans cette manière de voir. Mais il nous semble aller un peu loin dans cette voie et ne pas accorder à l'ophthalmoscope l'importance qu'il a réellement pour le diagnostic de *certaines* maladies cérébrales (1) et générales. La science marche vite en ophthalmologie; depuis que ce livre a été écrit, les recherches anatomiques de Schwalbe sur la communication des espaces lymphatiques, des gaînes du nerf optique, avec la cavité arachnoïdienne, sont venues donner un intérêt nouveau à ces études. De plus, Otto-Becker a publié un travail intéressant, fondé sur un symptôme constant, l'existence de battements artériels de l'artère centrale de la rétine dans les cas d'insuffisance aortique.

Au chapitre de l'atrophie des nerfs optiques l'auteur s'efforce d'en rechercher les causes si souvent obscures. S'appuyant sur les recherches anatomiques de Gratiolet. qui a démontré que les ramifications centrales des nerfs optiques s'étendaient jusqu'aux hémisphères et aux circonvolutions cérébrales, invoquant, en outre, les beaux travaux de physiologie pathologique d'Augustus Waller, sur la dégénérescence des troncs nerveux séparés de leurs centres trophiques. M. Perrin dit avec raison : « Ces détails méritent d'être mentionnés parce qu'ils donnent une raison physiologique à ces nombreux exemples d'atrophie papillaire que rien ne justifie en apparence. » Pourtant. malgré tous les efforts faits pour arriver à trouver la cause déterminante de l'atrophie des nerfs optiques, il faut bien avouer qu'on rencontre malheureusement trop souvent dans la pratique des atrophies bilatérales, progressives, présentant, comme caractère clinique presque pathognomonique, d'après de Græfe, un rétrécissement progressif et *concentrique* du champ visuel, dans laquelle la santé générale paraît parfaite et où il n'existe pas le moindre trouble cérébral.

Les premiers chapitres de la deuxième partie sont consacrés aux organes de réfraction de l'œil et à leurs fonctions physiologiques. Les théories récentes de l'accomodation, de son mécanisme y sont exposées en détail. Dans les pages qui suivent, l'auteur s'occupe de l'amplitude, et du pouvoir de l'accomodation, il explique le principe, et le mode d'emploi de l'optomètre qu'il a imaginé et qui sert à mesurer les vices de réfraction sphérique et cylindrique.

Le chapitre de la myopie est traité avec tous les développements que comporte la question. La pathogénie, les diverses complications de la myopie progressive : insuffisance musculaire des droits internes, ramollissement du corps vitré, décollements de la rétine, enfin le choix des verres, point de pratique si important chez les myopes, sont autant de questions soumises à un examen approfondi.

L'hypermétropie est ensuite étudiée dans ses causes, sa nature,

(1) Voir à ce sujet la leçon de M. Charcot. (*Mouv. méd.*, n. 24, 14 déc. 1872.)

ses manifestations pathologiques (asthénopie accomodatrice). Les rapports étroits de cette affection avec le strabisme convergent, enfin la manière d'en établir le diagnostic et de la corriger par des verres appropriés complète ce chapitre.

L'astigmatisme avec toutes ses formes et ses diverses variétés fait l'objet de quelques articles qui ont le mérite d'être clairs et facilement compréhensibles.

Dans le diagnostic des anomalies de la réfraction, M. Perrin recommande l'emploi de l'optomètre, et semble lui accorder la préférence sur l'ophthalmoscope.

Nous croyons pourtant que dans bien des cas, et en particulier quand il est difficile de s'en rapporter aux réponses du sujet, la dernière méthode est supérieure à la première.

Les paralysies et les spasmes simulés de l'accomodation sont décrits avec un soin tout particulier. Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre fort utile pour les médecins militaires, intitulé des affections oculaires envisagées au point de vue de l'obligation du service militaire.

En résumé, le livre de M. Perrin, renferme l'exposé clair et méthodique des principaux travaux parus en ophthalmologie, depuis la découverte d'Helmoltz. En plusieurs endroits l'on trouve des idées originales et personnelles à l'auteur, et une critique fort judicieuse des faits mis en avant par des observateurs, plus soucieux de la nouveauté que de l'exactitude.

L'atlas est loin d'avoir la valeur du texte. Le grossissement à l'image renversée au moyen d'une lentille 2 1/2 qui a servi de base pour la grandeur des images, est bien faible pour étudier les lésions délicates. Nous croyons que dans ces cas il vaut mieux faire l'examen à l'image droite, quand l'état de la réfraction le permet, ou avec un verre 3 1/2 ou 4 à l'image renversée. Comment arriver sans cela à reconnaître les lésions du système vasculaire; par exemple, dans bien des figures de l'atlas, les vaisseaux sont représentés sous forme de lignes rouges sans double contour, et il est fort difficile d'y distinguer les artères des veines. CH. ABADIE.

A manual of the diseases of the eye (Manuel des maladies des yeux), par C. MACNAMARA. (2e *éd.;* J. et A. CHURCHILL. *Londres*, 1872.)

Ce manuel, de plus de 600 pages, renferme sous un petit volume une énorme quantité de faits et donne à peu près l'état exact de la science ophthalmologique actuelle. Toutefois, certains points sont traités d'une façon si succincte qu'il est impossible de savoir exactement ce que l'auteur a cru devoir passer sous silence et de déterminer nettement ce qu'il aurait dû ajouter à ses descriptions. En thèse générale, on peut remarquer que la plupart des opinions formulées

par les ophthalmologistes anglais sont reproduites avec grand soin, alors même que ces opinions sont fort contestables. Les Allemands sont certainement plus mal partagés ; mais les ophthalmologistes français sont presque toujours passés sous silence. Prenons un exemple : à propos de l'ophthalmoscope binoculaire, M. Macnamara cite bien ses concitoyens Heath et Murray ; mais il se garde bien de prononcer le nom de M. Giraud-Teulon qu'il n'ignore certainement pas.

Avant d'aborder l'étude des maladies de l'appareil visuel, l'auteur consacre un 1er chapitre à l'exposé succinct de l'anatomie de l'œil et de la physiologie de l'accomodation, et un 2e chapitre à l'examen des diverses méthodes d'exploration de l'appareil de la vision, en particulier à l'ophthalmoscope. C'est dans le premier de ces chapitres qu'on trouve l'étrange assertion renouvelée de Descartes, que les *fibres du cristallin sont contractiles* et servent à l'accomodation.

Les maladies des organes accessoires : orbite, voies lacrymales, paupières, sont examinées dans les chapitres suivants. Puis, viennent successivement, et dans un ordre un peu singulier, les maladies de la sclérotique, celles de la conjonctive, celles de la cornée, de l'iris, de la choroïde, de la rétine et du nerf optique; en un mot, les lésions des membranes de l'œil. Il est vrai que M. Macnamara étudie avec ces affections les altérations fonctionnelles et symptomatiques de troubles divers ou, du moins, considérées comme telles en France ; par exemple : l'héméralopie, le daltonisme, l'hémiopie, les scotomes, etc.

Avec les maladies des milieux réfringents, humeur vitrée et cristallin, il décrit les mouches volantes, phénomènes dus à des altéra tions très-diverses, comme on sait.

C'est à propos de l'opération de la cataracte que l'auteur décrit avec soin un procédé d'extraction linéaire modifiée qui lui appartient. Pendant longtemps, M. Macnamara a employé l'iridectomie, la combinant avec son procédé linéaire ; depuis, il a complétement abandonné ce temps de l'opération, et se contente de dilater la pupille à l'aide de l'atropine.

Pour opérer l'extraction il se sert d'un large couteau lancéolaire, fait la ponction au niveau de la jonction de la cornée et de la sclérotique, et du côté externe de l'œil, pousse le couteau jusque près de son talon, de façon que l'ouverture ainsi faite à travers la sclérotique ait presque 1/2 pouce (anglais) d'étendue. En retirant le couteau, on doit l'incliner de telle façon que sa pointe sectionne la capsule cristallinienne. L'œil toujours maintenu par une pince à fixation saisissant le tendon du droit interne, on pénètre dans la chambre antérieure avec une curette (de Critchett) jusqu'à ce qu'on atteigne le bord externe de la pupille ; le manche de l'instrument est alors soulevé, de façon que son extrémité arrondie soit

portée en arrière et s'appuie sur la capsule cristallinienne au niveau et en dedans du limbe de l'iris. On retire un peu la curette, tout en la maintenant sur le cristallin et de façon à tirer sur l'ouverture pupillaire et à agir sur la circonférence du cristallin avec l'extrémité arrondie de la curette. Le cristallin bascule sur son axe et la curette étant enfoncée plus profondément vers le côté interne de l'œil, le cristallin vient se loger dans la concavité de l'instrument et peut être enlevé. Dans quelques cas même, ce procédé permettait d'enlever le cristallin avec sa capsule. Telles sont au moins les prétentions de l'auteur; nous avouons y avoir peu confiance, et le procédé de M. Macnamara est loin de nous paraître de beaucoup préférable aux autres procédés d'extraction linéaire. Il ne le conseille, d'ailleurs, que pour les cataractes corticales.

Les derniers chapitres de l'ouvrage sont consacrés à l'étude des paralysies des muscles de l'œil, et à celle du strabisme; à l'examen des altérations de la réfraction et de l'accomodation; enfin aux lésions congénitales de l'œil.

Une coupe schématique de l'œil, 6 planches coloriées représentant des altérations superficielles et profondes de l'appareil visuel, plus de 60 figures intercalées dans le texte, enfin des tables de Snellen, complètent ce manuel, véritable petit traité, toujours utile à consulter pour les praticiens et surtout pour ceux d'entre eux qui, connaissant déjà leurs affections oculaires, veulent se tenir au courant de la science. F. TERRIER.

Traité pratique des maladies des yeux, par SŒLBERG WELLS. (*Traduit de l'anglais. Paris*, 1873.)

La plupart des ophthalmologistes connaissent, depuis longtemps déjà, le traité de M. Sœlberg Wells; aussi est-ce très-certainement une excellente idée de l'avoir fait traduire en français. Faut-il en conclure que, grâce à cette traduction, nous avons en quelque sorte un nouveau traité des maladies des yeux? Faut-il croire que ce traité volumineux contient à peu près tout ce qui a paru en ophthalmologie? Nous ne le pensons pas.

Si certains chapitres et en particulier ceux qui ont pour objet l'étude des maladies des diverses parties du globe oculaire sont longuement traités et laissent en général peu à désirer, il n'en est pas de même pour les chapitres qui ont pour objet l'examen des organes dits accessoires.

La pathologie des voies lacrymales, celle des paupières, l'étude des maladies de l'orbite sont beaucoup trop écourtées, et on peut même dire incomplètes. L'ordre d'exposition suivi par l'auteur anglais peut être aussi très-critiqué. C'est ainsi qu'après une intro-

duction dans laquelle il indique les différents moyens d'exploration des paupières, les procédés d'éclairage oblique, le mode d'examen de la tension intra-oculaire, la détermination de l'acuité et du champ visuel et les variétés de diplopie, il termine par l'examen des bandages compresseurs du globe, de la sangsue d'Heurteloup et de la douche oculaire! De plus, il rejette l'étude de l'emploi de l'ophthalmoscope, entre l'exposé des maladies du cristallin et la description de celles de l'humeur vitrée. Ne peut-on donc avoir besoin de l'ophthalmoscope pour étudier les cataractes et leurs complications?

Une remarque en terminant : la traduction de l'édition anglaise n'est malheureusement pas toujours très-soignée, ou plutôt elle paraît avoir été faite par une personne peu familiarisée avec les termes médicaux, ce qui choque toujours un peu le lecteur.

Malgré ces imperfections, ce traité mérite d'être consulté par tous les chirurgiens désireux de se tenir au courant des recherches anglaises et allemandes, les seules à peu près qui aient attiré l'attention de M. Sœlberg Wells. F. TERRIER.

Ueber Sehnervenerkrankung bei Gehirnleiden (Sur les maladies du nerf optique dans les affections cérébrales), par le Dr MANZ. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, t. IX, p.* 339, 1872.)

De Græfe a signalé le premier l'apparition de troubles circulatoires, suivis de gonflement et boursouflement du nerf optique (neuro-rétinite par étranglement) dans les maladies de l'encéphale accompagnées d'augmentation de pression dans la cavité crânienne. Telles que tumeurs, épanchements, etc.

Cherchant à établir un lien anatomique entre l'affection oculaire et l'affection encéphalique ; voici l'explication qu'il donnait. Par suite de l'augmentation de tension dans la cavité crânienne, la circulation se ralentit, dans le sinus caverneux, puis de là, de proche en proche, dans la veine ophthalmique et enfin dans la veine centrale de la rétine. A la suite de ces troubles circulatoires le nerf optique s'œdématie, se gonfle, mais étant bridé par le tissu sclérotical qu'il traverse, et qui s'oppose à son extension, il se boursoufle et s'enflamme. Bien que déjà battue en brèche par plusieurs auteurs, cette explication était encore généralement acceptée ; lorsque les recherches de Schwalbe sur les voies lymphatiques de l'œil placèrent la question sur un tout autre terrain. Schwalbe démontra directement, par des injections habilement faites, qu'il existe, entre la gaîne interne et la gaîne externe du nerf optique, un espace qu'il considère comme un espace lymphatique (espace sous-vaginal) qui communique directement avec la cavité arachnoïdienne. Dans certaines conditions pathologiques, les liquides renfermés dans la ca-

vité de l'arachnoïde peuvent donc se frayer un chemin entre les gaînes du nerf optique, arriver ainsi jusqu'à son extrémité intra-oculaire, s'accumuler en ce point et le comprimer directement. Les expériences faites sur le cadavre et sur les animaux par *Schmidt* et l'auteur que nous citons, confirment cette manière de voir. Les injections poussées dans l'espace arachnoïdien à travers une petite ouverture du crâne arrivent jusqu'à l'extrémité intra-oculaire du nerf optique. En faisant la même expérience chez les lapins, l'on voit survenir des troubles circulatoires, visibles à l'ophthalmoscope qui rappellent tout à fait ceux qui marquent le début de la neuro-rétinite.

Aujourd'hui donc *le lien anatomique* qui rattache dans ces cas l'affection oculaire à l'affection cérébrale serait d'après ce qui précède tout à fait établi.

Manz a eu l'occasion de faire plusieurs autopsies de sujets ayant succombé à des affections intra-crâniennes, de nature à produire des neuro-rétinites. Ayant eu la précaution de *lier l'extrémité périphérique* du nerf optique avant de le *sectionner*, il a pu constater, dans la plupart des cas, une véritable hydropisie entre la gaîne interne et la gaîne externe. — Il est fait mention dans le travail que nous citons d'un cas particulièrement intéressant. Il s'agit d'un malade qui succomba à une pachyméningite hémorrhagique. A l'autopsie l'on trouva entre les deux gaînes du nerf optique, de véritables amas de globules sanguins qui fort probablement provenaient de la cavité crânienne. CH. ABADIE.

Sur les formes irrégulières du glaucome et sur ses complications (fin), par le Dr GALEZOWSKI. (*Journ. d'ophth.*, *oct.* 1872, *p.* 512-519.) (1)

Sous le nom de *glaucome irrégulier*, l'auteur comprend « une « affection qui diffère des trois formes classiques et notamment du « glaucome simple et du glaucome chronique par la nature d'exsu- « dation, ses symptômes, sa marche et son évolution. »

M. Galezowski, étudie trois formes de ces glaucomes dits irréguliers :

1° — Le glaucome hémorrhagique, signalé par de Græfe et longuement décrit par Pagenstœcher (2) qui lui reconnaît deux variétés, selon que les hémorrhagies intra-oculaires précèdent ou suivent l'attaque de glaucome ;

2° — Le glaucome suppuratif, affection rare et sur la nature de laquelle il est difficile d'être bien fixé ;

3° — Le glaucome plastique, autre espèce très-rare et se rappro-

(1) Voir successivement les nos d'avril, p. 206 ; de mai, p. 238 ; et de septembre, p. 457, (1872).

(2) *Arch. f. Ophthalm.* Bd—VII, Ab. 12, s. 98.130, 1871.

chant singulièrement de l'irido-choroïdite, si ce n'est même une irido-choroïdite se développant dans un œil primitivement glaucomateux.

Dans une seconde partie l'auteur aborde l'étude des complications « qui se produisent dans le courant des glaucomes aigu, chronique ou simple. » Vaste question, puisqu'il y rattache « tous les phénomènes morbides irréguliers qui se rencontrent soit avant, soit pendant, soit après l'opération. » (Il faut ajouter de l'iridectomie.)

Remarquons, toutefois, que cet examen est fait d'une façon succincte puisque tous ces phénomènes anomaux sont passés en revue en quelques pages.

Enfin, M. Galezowski, revenant sur sa définition des glaucomes irréguliers, consacre un dernier paragraphe à prouver que le glaucome simple n'est qu'une forme irrégulière de la maladie. Parmi les signes caractéristiques de cette forme de glaucome, il note en première ligne la diminution du champ visuel interne, résultat pour lui, « de la pression intra-oculaire se localisant sur le bord externe de la papille. » Nous avouons que malgré l'expérience rapportée par M. Galezowski il nous est impossible de comprendre, cette localisation de la pression intra-oculaire, c'est-à-dire d'un liquide en un point ; il y a des lois de physique qui ne peuvent être oubliées, même en pathologie.

Quant à l'iridectomie, qui ne diminuerait la pression intra-oculaire que dans le point opposé à celui où elle est faite, et à l'indication de l'excision de l'iris pratiquée du côté externe, pour guérir le glaucome simple, nous les comprenons encore moins.

F. TERRIER.

Anatomische Untersuchungen über typische Retinitis pigmentosa (Recherches anatomiques sur la rétinite pigmentaire type), par le Dr Edm. LANDOLT. (*Archiv für Ophthalmologie*, 15e *volume*, 1re *partie*, *p.* 325 ; *Berlin*, 1872.)

L'on a eu rarement l'occasion, d'étudier les lésions anatomiques de la rétinite pigmentaire type, et l'on ne possède sur ce sujet important que quelques travaux dus à Donders, Bousseau, Leber.

Le travail qui suit, renferme l'examen miscroscopique fait sur des yeux, qui pendant la vie avaient présenté tous les caractères ophthalmoscopiques de la rétinite pigmentaire type. Ces yeux avaient été extirpés sur 2 sujets différents, qui avaient succombé le premier à une *cirrhose du foie et des reins*, le deuxième à une *cirrhose rénale*.

Voici les altérations constatées au moyen du microscope sur les yeux du 1er. Les nerfs optiques sont atrophiés à un haut degré, les fibres nerveuses ont presque complétement disparues, le tissu cel-

lulaire, au contraire, est très-hypertrophié, plus que dans l'atrophie qui succède à une névrite.

Dans la rétine, les vaisseaux présentent un épaississement remarquable de leurs parois. La membrane limitante interne est épaissie, il est de même du tissu cellulaire de la couche des fibres nerveuses, ces dernières ont presque complétement disparu, à tel point que vers les parties équatoriales on n'en trouve plus traces. Au pourtour de la papille on trouve encore des vestiges de la couche des cellules ganglionnaires, et de la couche interne des grains, les autres couches sont complétement atrophiées. Le tissu cellulaire hypertrophié de cette région forme un vaste réseau, dans les mailles duquel se trouvent quelques corpuscules qui se laissent facilement colorer par le carmin et l'hématoxyline, mais il est impossible de discerner leur nature, et de dire s'ils dépendent de la couche externe des grains ou du tissu cellulaire. — Les cônes et les bâtonnets ont complétement disparu.

Les amas de pigment se trouvent répandus surtout dans les parties externes, mais on en voit aussi dans l'épaisseur de la rétine, ils envoient *constamment un prolongement* qui, traversant toute la membrane, aboutit à un vaisseau rétinien. Très-nombreux dans les parties équatoriales, ils suivent comme d'habitude le trajet des vaisseaux. Ceux-ci présentent des altérations considérables, leurs parois sont environ 4 fois plus épaisses qu'à l'état normal, et leur calibre est tellement rétréci, qu'il conserve à peine le *diamètre d'un globule sanguin.* Ce n'est point la *dégénérescence hyaline* qu'on observe, c'est une véritable hyperplasie du tissu conjonctif des parois. A la périphérie les fines ramifications vasculaires ne sont plus perméables, elles sont transformées en petites traînées celluleuses, disparaissant parfois dans les amas pigmentaires qui les enveloppent complétement.

Le stroma de la *choroïde* n'offre pas de changements notables, la chorio-capillaire présente par contre un amincissement des vaisseaux, leur nombre même paraît diminué. La *lamelle vitreuse est normale* et l'on ne peut constater aucune de ces excroissances verruqueuses, qu'on a décrites dans la choroïdite disséminée et dans la rétinite pigmentaire.La couche épithéliale de la rétine (pour quelques auteurs de la choroïde), est très-altérée, elle a complétement disparu par places tandis qu'à certains endroits, l'accumulation des cellules forme de véritables amas; la distribution du pigment est tout aussi inégale.

Les couches *du corps vitré* adjacentes à la rétine, sont plus denses, et plus adhérentes qu'à l'état normal; examinées au microscope, elles apparaissent sous forme d'une masse grisâtre n'ayant pas d'organisation particulière, et dans laquelle se trouvent, quelques cellules, physaliphores, étoilées à un ou plusieurs noyaux, des globules du sang, et des granulations pigmentaires libres. La capsule

du cristallin est saine ; il existe un commencement de cataracte polaire.

Sur les yeux du 2e sujet les altérations étaient à peu de choses près les mêmes que précédemment. Les seules différences consistaient, dans un épaississement des parois des vaisseaux choroïdiens, et la présence de quelques amas pigmentaires sur leur trajet. A part cela la choroïde n'offrait rien d'anormal. Le corps vitré était ramolli au lieu d'être plus dense comme dans le cas précédent.

Iris, corps ciliaire, zonule, ne présentaient aucune altération.

Les lésions constatées dans ces deux cas par le microscope, confirment presque en tous points celles qui ont été décrites par Leber. L'on remarquera, toutefois, que les excroissances verruqueuses décrites par cet auteur manquent ici. Il est bon de noter que dans le 1er cas il n'y avait aucune lésion de la choroïde, et que, dans le 2e, elles étaient insignifiantes. Ces faits réfutent l'opinion de certains auteurs qui considèrent encore la rétinite pigmentaire comme une affection *consécutive* à une maladie préexistante de la *choroïde*.

L'auteur cherche à rattacher toutes ces lésions à un processus inflammatoire chronique, dont le siége principal serait dans la rétine et particulièrement dans les parois des vaisseaux. Le point de départ serait une inflammation chronique de la membrane adventice des vaisseaux rétiniens. Partant de la périphérie, l'affection se propagerait peu à peu dans une direction centripète vers les gros troncs de la papille. Les autres lésions, proliférations du tissu conjonctif des couches externes, migration du pigment, ne seraient que consécutives. En faveur de cette manière de voir on peut invoquer les variétés normales et anormales de rétinite pigmentaire, où parfois même il n'y a pas de pigment. Bien que les troubles fonctionnels, la marche de la maladie soient les mêmes, et il y a constamment une altération des parois des vaisseaux.

Les remarquables expériences du docteur Berlin, dont les résultats ont été présentés au congrès ophthalmologique de Heildelberg 1871, confirment aussi cette opinion. On sectionne chez les lapins le nerf optique de façon à comprendre dans la section les vaisseaux rétiniens. Si l'œil ne se perd pas à la suite de cette opération, il s'établit une nouvelle circulation, bien différente de la première, et à la suite de ce trouble circulatoire longtemps prolongé, on voit survenir une migration du pigment qui rappelle tout à fait ce qui se passe dans la rétinite pigmentaire.

— On ne peut s'empêcher de remarquer l'analogie qui existe entre le processus morbide de la rétinite pigmentaire et celui de la *cirrhose du foie ou des reins*. Ici aussi il y a hyperplasie du tissu conjonctif le long des parois des vaisseaux, puis peu à peu disparition du parenchyme. Cette analogie est d'autant plus importante à signaler que dans les deux cas dont il s'agit, les malades

avaient succombé, l'un à une cirrhose hépatique et rénale, l'autre à une cirrhose rénale. CH. ABADIE.

Beitrag zur Kenntniss der metastatischen Irido-Choroïditis (Contribution à la connaissance de l'irido-choroïdite métastatique), par le professeur Hermann SCHMIDT de Marbourg. (*Arch. f. Ophthalmologie, t.* XVIII, 2e *part.*, 1872.)

Ce travail renferme deux observations détaillées d'irido-choroïdite métastatique, observées la première sur un phthisique, la deuxième sur un malade qui succomba à une arthrite suppurée du genou, compliquée d'une vaste suppuration du tissu cellulaire au côté gauche du cou. Dans les deux cas il y eut *perforation* de la sclérotique et production d'une tumeur jaunâtre, enchatonnée sous la conjonctive, formée par une collection de pus qui, de la cavité oculaire, s'était fait jour au dehors à travers la perforation.

En outre de cette particularité intéressante, la 2e observation mérite d'attirer l'attention, parce qu'elle se rattache à un point important de séméiologie. Le malade auquel elle se rapporte présenta quelques jours avant sa mort (le 7 janvier; il succomba le 25), une exophthalmie d'intensité moyenne à l'œil gauche, ainsi qu'un léger œdème de la conjonctive; le 12 ces symptômes étaient encore plus accusés, la conjonctive bulbaire dans toute son étendue était injectée, et œdématiée. La projection du globe en avant modérément accusée. Au niveau de l'insertion du droit interne, on apercevait sous la conjonctive une saillie de la grosseur d'un pois environ, présentant une coloration jaunâtre, la cornée était transparente, la chambre antérieure assez claire, mais avec un hypopion à sa partie inférieure, l'iris décoloré, et malgré les instillations d'atropine adhérente dans presque tout son bord pupillaire. La tension du globe un peu plus élevée qu'à l'état normal. En certains endroits le corps ciliaire était sensible à la pression. Le diagnostic porté fut irido-choroïdite purulente.

A l'autopsie, faite le 27 janvier, on constata un vaste foyer de suppuration au côté gauche du cou, une arthrite suppurée de l'articulation du genou droit, des abcès péri-articulaires au niveau des coudes, des abcès dans le rein.

Dans la veine jugulaire gauche se trouvait un thrombus désorganisé, devenu purulent qui se propageait par le sinus gauche transverse jusqu'au pressoir d'Hérophyle. La veine ophthalmique était libre.

L'examen de l'œil montra une irido-choroïdite purulente avec perforation de la sclérotique et passage du pus à travers cette ouverture sous la conjonctive où il formait, par son accumulation, la petite tumeur jaunâtre qui avait été observée pendant la vie.

L'auteur rapproche ce fait de ceux qui ont été signalés par Heu-

bner (1) et Knapp. Ces derniers ont cherché à établir que l'exophthalmie unilatérale, l'hyperémie et l'œdème de la conjonctive, du tissu cellulaire de l'orbite et des paupières, constituaient un ensemble de symptômes de la plus haute importance pour le diagnostic des thromboses des sinus du crâne.

Le professeur Hermann fait observer que, dans son cas, il existait bien aussi une thrombose du sinus transverse gauche, *mais il existait en même temps une irido-choroïdite purulente.*

Or, cette dernière affection pouvait donner lieu aux symptômes observés pendant la vie, exophthalmie, œdème, etc... Dans l'histoire des malades d'Heubner et de Knapp il n'a pas été assez tenu compte de l'état de l'œil et on n'a pas recherché s'il existait ou non une irido-choroïdite.

L'exophthalmie, le chémosis, l'œdème des paupières n'auront une valeur séméiologique réelle pour le diagnostic des thromboses des sinus, que lorsqu'on aura bien établi que ces symptômes ne seront pas dus à une irido-chroroïdite. CH. ABADIE.

G. NAUDIER. — De l'obstruction des voies lacrymales. — *Thèse de Paris, n° 335, 1872.*

Des considérations anatomiques intéressantes sur les voies lacrymales, un aperçu malheureusement incomplet sur la physiologie de l'absorption des larmes et de leur transport jusque dans les fosses nasales, constituent une sorte d'entrée en matière.

M. Naudier, abordant la partie pathologique, étudie dans deux chapitres distincts, les obstructions des points et des conduits lacrymaux et celles du conduit lacrymo-nasal.

I. A propos des obstructions des conduits lacrymaux, l'auteur conseille d'employer le procédé d'Antoine Petit, c'est-à-dire d'établir une fistule permanente entre le lac lacrymal et le sac. Cette manière de faire suivie par Pagenstecher, Rava (de Sassari), Abadie, Sichel fils, aurait donné des succès incontestables, ce qui mérite d'être noté.

II. Les obstructions du canal lacrymo-nasal, obstructions entraînant d'ordinaire à leur suite la tumeur et la fistule lacrymales, sont-elles dues à une inflammation primitive de la muqueuse, d'où un rétrécissement consécutif; ou bien résultent-elles d'un rétrécissement primitif du canal lacrymo-nasal? Telle est la question qu'il faut fatalement résoudre pour conclure en faveur de telle ou telle méthode thérapeutique. Pour M. Naudier, les tumeurs lacrymales, sans rétrécissement du canal, seraient très-rares; le plus souvent ces tumeurs résultent de la présence d'une coarctation

(1) Zur Symptomatologie der Hirnsinus-thrombosen, Arch. für Heilkunde, 9 Jahrgang 1868, page 419.

ayant une *origine inflammatoire* et qu'il faut combattre. Il est vrai que des corps étrangers, des polypes du sac, la fracture, la déviation du canal osseux, des périostoses, des exostoses, etc., peuvent aussi oblitérer le canal lacrymo-nasal; ces faits signalés par Sichel fils, Tavignot, Lagneau et bien d'autres, sont rapportés avec soin par l'auteur. Il y ajoute même une autre cause peu connue et bien étudiée par Abadie, « c'est la carie des dents du maxillaire supérieur et en particulier des premières petites molaires. »

Est-ce à dire que les rétrécissements du canal lacrymo-nasal donnent nécessairement lieu à une tumeur lacrymale? Certainement non, et, pour que celle-ci se développe, il faut en plus du rétrécissement un élément inflammatoire ; le rétrécissement seul ne produisant que du larmoiement. Cette opinion paraît vraie, surtout si, comme le fait remarquer M. Naudier, on tient compte des conditions physiologiques qui résultent de la formation du mucocèle, conditions telles que les voies lacrymales sont oblitérées et qu'il n'y a que du larmoiement. Mais il fallait ajouter que cette stagnation des larmes dans le canal lacrymo-nasal, doit être une cause fréquente d'inflammation de la muqueuse, puisque souvent cette inflammation se manifeste jusque sur la conjonctive palpébrale, voire même la cornée?

La thérapeutique des obstructions des voies lacrymales inférieures (canal lacrymo-nasal) est très-longuement étudiée par l'auteur, qui passe en revue les moyens antiphlogistiques, utilisés rarement seuls, et les moyens chirurgicaux. Parmi ces derniers, il faut préférer le cathétérisme par les procédés de Bowmann ou de Weber, ou bien l'incision interne de Stilling, modifiée dans son manuel opératoire par Sichel, U. Trélat, etc. Un fait sur lequel M. Naudier a grand raison d'insister en terminant, c'est que les moyens antiphlogistiques et spécialement les injections modificatrices, doivent être employées avec le cathétérisme et à titre d'auxiliaires. Grâce à cette méthode mixte, les résultats obtenus paraissent être des plus satisfaisants. F. TERRIER.

Ueber die sichtbaren Erscheinungen der Blutbewegung in der menschlichen Netzhaut (Sur les mouvements du sang visibles dans la rétine humaine), par le Dr Otto BECKER. (*Archiv für Ophthalmologie, t. XVIII, 1re partie, p.* 266, *Berlin*, 1872.)

Ce travail est la continuation des recherches antérieures faites par le même auteur sur la circulation du fond de l'œil dans les affections cardiaques. C'est au congrès ophthalmologique d'Heidelberg en 1871, que le docteur Otto-Becker attira l'attention des observateurs sur l'apparition des battements spontanés de l'artère centrale de la rétine, dans les cas d'insuffisance aortique. A cette époque Otto-Becker ignorait les travaux publiés par *Quincke* (1)

(1) Berliner klinische Wochenschrift, 1868, n. 34.

sur le même sujet; en ayant depuis pris connaissance il avoue avec franchise que c'est à ce dernier auteur que revient le mérite d'avoir signalé le premier le fait.

Le travail dont nous donnons l'analyse est fondé sur dix-sept observations de malades atteints d'affections cardiaques.

Dans tous les cas d'insuffisance *aortique pure* avec ou sans hypertrophie notable du ventricule gauche, l'on a pu constater des pulsations spontanées sur les artères de la papille.

L'observation portant le n° 11 fait seule exception. — Mais il importe de noter, qu'au moment de l'examen, le malade était très-faible, très-anémique, et le pouls radial très-petit. Cette faiblesse générale était peut-être la cause de l'absence des pulsations.

L'observation n° 14 mérite de fixer l'attention. Le diagnostic porté pendant la vie était : — Insuffisance des valvules aortiques et de la valvule mitrale. — L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte ascendante, accompagné d'endartérite chronique et d'hypertrophie du cœur. Les valvules étaient saines.

A l'examen ophthalmoscopique il n'y avait pas de battements spontanés dans l'artère centrale.

L'observation n° 16 est aussi des plus intéressantes. Le diagnostic *fait avant l'examen* ophthalmoscopique était le suivant :

Anévrysme de la crosse de l'aorte siégeant entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche. — Otto-Becker examina le malade à l'ophthalmoscope sans connaître l'état du cœur, et constata des battements *très-prononcés* de l'artère centrale dans l'œil gauche, — à peine accusés au contraire à droite.

Dans une deuxième partie de ce même travail, l'auteur a cherché à examiner dans quelles conditions le pouls artériel peut apparaître sur la papille. — On sait qu'après la découverte de l'ophthalmoscope, Helmholtz chercha vainement à découvrir dans les conditions physiologiques les pulsations de l'artère centrale. Donders, au contraire, prétendit les avoir observées dans certains cas. — Otto-Becker a fait quelques expériences qui expliquent la contradiction apparente de ces faits. — Si l'on examine à un grossissement de 15 diamètres les artères du mésentère de la grenouille, ayant à peu près le volume de l'artère centrale de la rétine, l'on observe bien à chaque contraction du cœur une *accélération* du courant sanguin, mais on ne voit pas *de battements*. Mais si on examine les mêmes artères dans les points où elles se divisent pour donner naissance à plusieurs branches, on aperçoit là de véritables changements de calibre, de *véritables pulsations*.

Quand dans un œil physiologique où il n'existe aucun trouble fonctionnel, on observe des battements artériels, et que le sujet observé n'a pas d'affection cardiaque, l'origine de ces battements peut tenir à deux causes, toutes deux dépendant d'une disposition anatomique locale. Ou bien ce sont simplement des mouvements

communiqués par les pulsations physiologiques des veines du voisinage, et dans ces cas-là les battements artériels succèdent à ceux des veines. Ou bien le tronc principal artériel fournit des rameaux qui s'écartent presque à angle droit au niveau de la bifurcation. La résistance étant augmentée en ces points, le pouls artériel apparaît. — Le phénomène est alors tout à fait analogue à celui que l'on observe sur le mésentère de la grenouille.

Les 19e et 20e observations cliniques confirment cette manière de voir. Dans ces deux cas l'artère centrale se présentait dans une direction perpendiculaire à la surface de la papille, et se divisait là en quatre rameaux perpendiculaires. Les battements étaient manifestes au niveau de la bifurcation. — Dans le cas n° 19 le malade se plaignait de mouches volantes, bien que les milieux de l'œil fussent parfaitement transparents. Ce trouble fonctionnel devait-il être rattaché aux battements? Par contre dans le cas n° 20 le malade n'accusait aucun trouble fonctionnel. CH. ABADIE.

Passage de Vénus sur le soleil. (Lettre de M. GIRAUD-TEULON au rédacteur en chef des *Annales d'oculistique, t. LXVIII; 10e série, t. VIII, p.* 38, 1872.)

On sait de quelle importance doit être l'observation du passage de Vénus sur le soleil, en 1874, pour déterminer avec précision la distance de notre planète au soleil, soit la parallaxe de ce dernier.

Malheureusement, il existe des difficultés très-grandes à surmonter, pour observer « le moment précis des contacts réels entre le disque de Vénus et celui du soleil. » Les difficultés exposées dans une conférence faite par M. Wolff (1) du bureau des longitudes de Paris, « résultent de l'obscurcissement du contact linéaire des deux limites courbes de la planète et du soleil, aux instants extrêmes de leur conjonction, par la présence, entre ces deux lignes, d'une tache décrite depuis plus d'un siècle sous le nom de *goutte noire* ou *ligament noir.* »

Pour M. Wolff, cette goutte, ou ce ligament serait dû à des aberrations des images objectives télescopiques; or, telle n'est pas l'opinion de M. Giraud-Teulon. Si l'aberration de sphéricité a une action perturbatrice incontestable, il faut en première ligne tenir grand compte de la *polyopie monoculaire.*

Dans l'examen des phénomènes célestes à l'aide des appareils perfectionnés qu'on possède aujourd'hui, il y a deux choses à considérer, suivant l'expression même de M. Giraud-Teulon « la lunette d'une part, l'œil observateur de l'autre. »

Or, il est rare que cet œil soit absolument indemne de toute altération de la réfraction, en particulier dans les classes intelligentes et savantes de la société, classes perfectionnées par un travail assidu.

(1) *Revue scientifique*, 20 *avril* 1872.

De là, pour l'astronome, la nécessité absolue de connaître les diverses anomalies de l'appareil dioptrique et dynamique de l'œil, et en particulier de son propre œil, afin d'en corriger avec soin les diverses imperfections.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les remarques de M. Giraud-Teulon offrent une importance capitale et que l'étude de l'optique physiologique est malheureusement trop laissée de côté par les observateurs qui font un usage constant des instruments de précision qu'on trouve dans les observatoires.

F. TERRIER.

De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, par le doct. N. Th. KLEIN.
(*Thèse de Paris*, 1872, *n°* 462.)

Déterminer avec une certaine rigueur l'acuité visuelle, est un problème qui *à priori* paraît assez facile à résoudre; aussi, cette détermination est-elle entrée, comme le dit l'auteur, dans le domaine de la pratique ophthalmologique, et les tables de Giraud-Teulon et de Snellen sont devenues le *vade-mecum* de l'oculiste et de l'opticien. Cependant, il est un des éléments du problème sur lequel on n'a que très-peu insisté, c'est l'éclairage. M. Javal, étudiant des strabiques, dont il déterminait chaque jour l'acuité visuelle, ne tarda pas à s'apercevoir que l'éclairage exerçait une influence capitale sur les résultats obtenus. Aussi, essaya-t-il de se placer dans des conditions bien déterminées, de façon que les résultats expérimentaux fussent au moins comparables entre eux.

Or, c'est précisément cette question de l'influence de l'éclairage sur l'acuité de la vision, que s'est efforcé de résoudre M. Klein.

Avant d'aborder la partie véritablement originale de son travail, l'auteur a dû examiner dans des chapitres séparés :

1° La vision distincte; 2° l'acuité visuelle; 3° les limites de l'acuité visuelle; 4° la perception des différences d'éclairage, perception qui, d'après Fechner, aurait une valeur minimum constante, fait absolument contredit par Aubert. De plus, une double question, en quelque sorte préalable, devait être étudiée par M. Klein : c'était l'exposé des procédés employés jusqu'ici pour mesurer la lumière, et pour déterminer l'acuité visuelle (ch. v, liv. VI). On peut dire que les procédés photométriques sont extrêmement nombreux, souvent imparfaits, ou bien difficiles à appliquer expérimentalement, surtout pour des recherches physiologiques; aussi, l'auteur les ayant tous passés en revue, en arrive-t-il à proposer et à décrire un nouveau *photomètre* très-ingénieux et facile à manier, vu sa simplicité. Cet appareil, que nous ne pouvons longuement décrire ici, se rapproche

beaucoup de celui de Bunsen, sans en présenter les inexactitudes. C'est une lanterne, à parois opaques, sauf une seule, dans laquelle on peut fixer des lames de verre recouvertes de papier mince. « Pour remplacer la tache de stéarine (de l'appareil de Bunsen), dit « l'auteur, nous avons découpé sur un des feuillets de papier recou- « vrant chaque verre un carré, de plus en plus grand, de telle « sorte que le carré le plus petit, placé le plus près de la bougie « intérieure, pouvait être vu par transparence à travers les deux « autres. Chaque lame de verre était donc recouverte d'une feuille « de papier double excepté à l'endroit du carré découpé où le côté « correspondant du verre était nu.

La paroi transparente est donc plus vivement éclairée par la lumière intérieure au niveau du carré découpé ; or, si on approche une lumière extérieure, jusqu'à ce que le carré lumineux disparaisse et que la surface soit uniformément éclairée au dehors, c'est que la lumière intérieure a été surpassée. D'un autre côté, connaissant l'influence d'une lumière prise pour unité sur la disparition du carré lumineux, on en conclut facilement la valeur de la source de lumière mise en expérience. M. Th. Klein indique, comme unité d'intensité lumineuse, la bougie anglaise, placée à 1 mètre de distance de l'objet.

Nous arrivons, enfin, à l'étude de l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle (ch. VII), étude déjà ébauchée par Tobias Mayer et Snellen. Les expériences minutieuses de M. Klein ont été faites sur des yeux emmétropes, sur des yeux de myopes avec et sans lunettes, sur des astigmates et des strabiques affectés d'amblyopie (ch. VIII, IX, X). Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces recherches, que l'auteur s'est efforcé de traduire par des courbes graphiques, permettant d'embrasser d'un coup d'œil les principaux résultats obtenus ; il faut dire, toutefois, que la lecture de ces tracés nécessite une grande attention, voire même une certaine habitude.

De toutes ces expériences, M. Klein conclut « que l'acuité visuelle « recherchée à l'aide des échelles de lettres, de lignes ou de chif- « fres, éprouve des variations notables sous l'influence de l'éclai- « rage. »

L'acuité notée comme normale par les auteurs, n'est pas l'acuité maxima, si bien que l'éclairage pour obtenir avec les tables v. 1, ne devrait pas dépasser cinq bougies. C'est là un éclairage insuffisant pour les amétropes ; aussi, l'auteur propose-t-il la clarté de vingt-cinq, cinquante ou même cent bougies.

En résumé, et se plaçant au point de vue pratique, M. Klein arrive aux conclusions suivantes :

1° Il est indispensable d'avoir un éclairage déterminé.

2° L'intensité de cet éclairage doit être indiqué en même temps que le degré d'acuité de l'individu examiné.

3° L'éclairage qui nous semble le plus convenable serait de vingt-cinq à cent bougies types anglaises.

4° Les tables les meilleures, quant à présent, sont celles de Snellen, de Giraud-Teulon, et de Bœttcher.

5° Pour les tables de Snellen, il faut n'employer que les majuscules seules ou les minuscules seules, les numéros correspondants de ces deux parties de la table ne donnant pas les mêmes résultats.

6° Les tables de Jœger sont de beaucoup inférieures aux précédentes, tant par le défaut d'une base déterminée que par l'irrégularité de la graduation. Ces tables ne présentent pas de rapport fixe avec les autres.

7° La détermination de l'acuité visuelle d'un individu avec un éclairage fixe peut servir inversement à mesurer la clarté ; il suffirait, pour cet effet, de diminuer la lumière dans une proportion calculable, jusqu'à ce que l'on obtienne l'acuité par laquelle on a fixé l'éclairage.

On voit, par cette rapide analyse, combien le travail de M. Klein présente d'intérêt, non-seulement pour le physiologiste, mais encore pour le praticien qui, à chaque instant, se trouve dans la nécessité de mesurer l'acuité visuelle de ses malades. Les recherches intéressantes de M. Klein, méritent d'être continuées et nous espérons que l'auteur n'en restera pas là et remplira les engagements qu'il prend dans sa préface.

F. TERRIER.

Remarks on cataract extraction, with a table of twenty cases, par C.-S. JEAFFRESON. (*The Lancet*, 7 *décembre*, 1872, *t. XI. p.* 810.)

La statistique des vingt cas publiés par l'auteur de ce travail est entièrement favorable à la méthode à lambeau si discréditée, il y a quelques années. Sur quinze cas d'extraction de cataracte sénile par la kératotomie, nous voyons qu'une seule fois il y a eu perte de la vision. Dans les quatorze autres cas, le résultat a été très-satisfaisant. L'iridectomie, que Jeaffreson rejette d'une manière générale, a été pratiquée deux fois seulement par suite de prolapsus de l'iris, dans le cours de l'opération. Il est à noter que sur deux sujets les deux yeux ont été opérés dans une même séance, avec succès.

Dans les cinq faits de cataracte traumatique relatés dans ce mémoire, la *succion* a été employée et a donné de bons résultats. Une seule fois, chez un sujet de 60 ans, l'état de la vision a laissé à désirer après l'opération, le malade ne distinguant que les gros objets. Une opération complémentaire sera nécessaire.

Jeaffreson, sur cent opérations par la méthode à lambeau, n'a jamais vu la suppuration de la cornée. Lorsque cet accident se pro-

duit, il le croit dû au mauvais état général de l'opéré. Il signale, à cet égard, l'inconvénient qu'il y a, notamment pour les personnes âgées, à venir se faire opérer dans les grandes villes comme Londres, et à changer complétement leurs habitudes. Peut-être, dans ces conditions fâcheuses, l'extraction linéaire expose-t-elle à moins d'accidents que la méthode à lambeau ; mais, à la campagne, et dans de bonnes conditions de santé, cette dernière donne un meilleur résultat.

L'auteur considère le procédé opératoire décrit par Taylor comme un *tour de force* qu'il ne faut pas imiter.

Les quinze cas de cataracte sénile qui figurent dans la statistique sus-mentionnée représentent la totalité des opérations pratiquées par Jeaffreson pendant la présente année. E. D.

De la greffe dermique en chirurgie oculaire, par L. de WECKER. (*Annales d'oculistique, t. LXVIII, 10e série, t. VIII, p.* 62, 1872.)

Rappelant en quelques mots des méthodes utilisées par M. Reverdin (greffe épidermique) et M. Ollier (greffe épidermique et greffe dermique), l'auteur expose un procédé qu'il revendique comme sien et qui d'après lui diffère *tout à fait* de ceux qu'il vient de citer.

Toutefois sauf le *modus faciendi*, on peut dire qu'il se rapproche beaucoup du second procédé employé par M. Ollier, pour obtenir des greffes dermiques.

« Je soulève, dit M. de Wecker, du côté interne de l'avant-bras ou « du bras entre le pouce et l'index un mince pli de la peau que je « traverse à sa base avec un petit bistouri. Le lambeau formé est « saisi avec les pinces et détaché de sa base par un coup de ciseaux « à branches courbes. J'obtiens ainsi de petits lambeaux qui, ré- « tractés, mesurent de 6 à 8 millimètres dans les divers sens. »

Les lambeaux sont appliqués en grand nombre sur la plaie de manière à former une *mosaïque serrée;* au-dessus d'eux on place un morceau de baudruche, de façon à voir quels sont les petits lambeaux qui adhèrent et ceux qui n'adhèrent pas et se momifient. Le pansement est renouvelé au bout de 24 heures.

Grâce à cette manière de faire, lorsqu'une plaie palpébrale est dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en voie de cicatrisation sur ses bords, on *interrompt presque instantanément la suppuration?*

Passant aux indications que présente la greffe dermique en chirurgie oculaire, l'auteur propose de l'employer et cela d'une façon presque exclusive :

1° Dans les brûlures des paupières, avec plaies suppurantes et imminence de cicatrisation vicieuse;

2° Lors d'ectropion partiel ou total suite de rétraction cicatriculle.

On dégage les paupières, on les réunit et fait la greffe en mosaïque;

3° Dans presque tous les cas où il est indiqué de pratiquer la blépharoplastie ;

4° Enfin, lorsque les paupières ont subi par accident, ou à la suite d'une opération, une perte de substance considérable, laissant une plaie en suppuration.

F. TERRIER.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et S. DUPLAY. (*T. IV, fasc.* 1, *Maladies de l'appareil auditif; G. Masson, Paris,* 1872.)

Parmi les divers traités de pathologie externe récemment publiés ou en voie de publication, on peut, sans crainte d'être contredit, citer en première ligne le traité si bien commencé par un maître regretté, Follin.

A peine en bonne voie, car le 2e volume n'était pas encore terminé, cette œuvre remarquable pouvait rester inachevée; elle fut courageusement continuée par un des élèves et amis de Follin, M. le docteur S. Duplay. C'était là une rude tâche et une lourde responsabilité; empressons-nous d'ajouter que, jusqu'ici, l'auteur a supporté ce double fardeau avec un bonheur véritablement exceptionnel.

A partir du 3e volume, le traité de Follin, appartient donc tout à fait au docteur S. Duplay. Ce volume comprend : les lésions des articulations, les maladies du crâne, du rachis, des fosses nasales, etc. Or, il suffit de parcourir un quelconque des articles consacrés à ces affections vraiment classiques, pour voir combien l'auteur s'est efforcé de présenter les choses sous un aspect nouveau et original.

Ces remarques s'appliquent surtout à l'étude des maladies du crâne et de l'encéphale, dont la pathogénie et les symptômes sont discutés avec un soin minutieux; elles ont aussi trait aux maladies des fosses nasales, affections peu connues et qui, depuis longtemps déjà, ont captivé l'attention de l'auteur.

Dans cet article, nous analyserons d'une façon toute spéciale le 1er fascicule du 4e volume du Traité, fascicule qui vient de paraître et a pour objet l'étude des maladies de l'appareil auditif, c'est-à-dire un sujet ignoré de bien des praticiens, et que M. S. Duplay connaît de longue date.

Avant d'exposer dogmatiquement les affections des diverses parties de l'appareil auditif, M. Duplay expose en quelques mots l'histoire de l'otologie et mentionne les principaux traités des maladies de l'oreille et les deux publications périodiques qui n'ont trait qu'à ce sujet. Ces deux journaux sont allemands; depuis, même, on peut en ajouter un troisième, les *Archiv für Augen und Ohrenheil-*

kunde, qui se publient en allemand et en anglais, sous la direction de Knapp et de Moos.

Ce court aperçu terminé, il restait encore à indiquer les divers procédés utilisés dans l'exploration méthodique de l'appareil auditif. C'est là, on le conçoit, un chapitre important pour les praticiens. En effet, savoir explorer le conduit auditif externe; examiner avec soin la membrane du tympan; connaître les moyens utilisés pour faire pénétrer l'air dans la caisse et pour s'assurer que cet air y circule librement, c'est posséder les notions les plus importantes et les plus indispensables pour diagnostiquer et traiter d'une façon rationnelle les diverses affections de l'oreille, et, plus particulièrement, celles de l'oreille moyenne.

Nous signalerons à l'attention du lecteur le procédé de cathétérisme de la trompe préconisé par M. Duplay, les pages consacrées à l'étude de l'otoscopie ou auscultation de l'oreille, celles qui ont trait à l'exploration de la fonction auditive et à l'emploi des diapasons.

L'auteur aborde, enfin, l'étude des maladies de l'oreille, suivant l'ordre anatomique, c'est-à-dire qu'il passe successivement en revue : 1° les maladies de l'oreille externe (pavillon, conduit auditif, membrane du tympan);

2° Les maladies de l'oreille moyenne (caisse, trompe d'Eustache, apophyse mastoïde);

3° Les maladies de l'oreille interne. — Enfin, deux derniers paragraphes sont consacrés, le premier, à l'examen des diverses complications qui peuvent survenir dans le cours des maladies des oreilles; et, le second, à l'exposé de quelques symptômes communs à un grand nombre d'affections de l'appareil auditif.

I. Les maladies du pavillon et du conduit auditif externe n'offrent évidemment qu'un intérêt relatif, en ce sens quelles sont bien connues, et depuis longtemps déjà; aussi n'y insisterons-nous pas. Toutefois, nous signalerons les articles consacrés : aux tumeurs sanguines du pavillon, aux corps étrangers du conduit auditif, aux troubles de la sécrétion cérumineuse, enfin aux tumeurs sébacées (Toynbee) et aux exostoses du conduit externe.

Pour M. S. Duplay, malgré leurs formes, leur nature, leur siége anatomique divers, les inflammations du conduit auditif (otites externes) doivent être divisées en : 1° inflammations circonscrites (furoncles et hydrosadénite) et 2° inflammations diffuses, subdivisées elles-mêmes en otite externe aiguë et otite externe chronique.

L'auteur ne décrit pas séparément l'*otite périostique*, affection rarement isolée, coïncidant presque toujours avec un catarrhe purulent de la caisse, ou bien étant d'origine secondaire, c'est-à-dire succédant à une inflammation primitivement aiguë ou chronique des téguments du conduit auditif. D'ailleurs, cette ostéo-périostite secondaire pourrait présenter elle-même deux formes, selon qu'elle

est aiguë ou chronique ; c'est dans le premier cas qu'elle se complique souvent d'ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde et de l'écaille du temporal.

Aux maladies de l'oreille externe, appartiennent encore les affections du tympan. Jusqu'ici, les lésions traumatiques de cette mince membrane ont fort peu attiré l'attention des chirurgiens, et c'est à tort, comme le démontre M. S. Duplay.

Si, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, après une violente contusion de la tête, on constate l'apparition d'un écoulement sanguin assez abondant par l'une ou l'autre oreille, on conclut facilement à l'existence d'une fracture de la base du crâne ou du rocher. C'est précisément là qu'est l'erreur, car il peut y avoir rupture du tympan par cause indirecte et, par suite, hémorrhagie, celle-ci pouvant être assez prononcée pour nécessiter une intervention chirurgicale.

Il faut être prévenu de la possibilité de ces faits pour poser un diagnostic exact qui, d'ailleurs, ne peut être fondé que sur l'examen direct de la membrane tympanique.

Parmi les autres lésions de la membrane du tympan, nous signalerons la myringite aiguë ou chronique, dont les symptômes sont très-nettement décrits, et les dégénérescences diverses, parmi lesquelles on peut citer plus spécialement la dégénérescence calcaire.

II. Les affections de l'oreille moyenne sont certainement les plus fréquentes et les plus mal connues des praticiens ; aussi l'auteur les a-t-il décrites avec un soin tout particulier.

Un premier paragraphe est consacré à l'étude des maladies de la trompe d'Eustache, ou, pour mieux dire, à l'examen d'une seule affection : l'*obstruction simple* de ce conduit. Cette lésion ne dépend nullement d'une inflammation de l'oreille moyenne et tient souvent à des altérations de la cavité naso-pharyngienne (catarrhe naso-pharyngien, etc.), altération ayant plus ou moins atteint le pavillon guttural de la trompe. Pour M. S. Duplay, le prétendu catarrhe de la trompe ne serait autre qu'un catarrhe de l'oreille moyenne, avec inflammation de la muqueuse qui revêt la trompe d'Eustache. L'auteur insiste avec raison sur ce fait, que, située entre l'oreille moyenne et la cavité naso-pharyngienne, la muqueuse de la trompe doit se ressentir des maladies de ces deux cavités ; ce qui arrive, du reste, dans la plupart des cas, sinon dans tous. D'où cette conclusion pratique, qu'il faut traiter surtout les maladies de la caisse ou de l'arrière-cavité des fosses nasales, au lieu de se préoccuper exclusivement de l'obstruction mécanique du canal de la trompe, ce que les spécialistes ont fait trop longtemps. Enfin, conséquent avec lui-même, M. Duplay décrit sous le nom d'*otites moyennes* les inflammations simultanées de la caisse et de la trompe, auxquelles on pourrait même ajouter celles des cellules mastoïdiennes. Toutefois ces dernières forment un paragraphe séparé.

Les lésions inflammatoires de la caisse peuvent être divisées en deux classes : l'inflammation *aiguë* et l'inflammation *chronique*.

Les altérations de l'*otite moyenne aiguë*, si fréquentes chez les nouveau-nés, sont l'objet d'une étude très-intéressante. Après Toynbee, M. S. Duplay fait remarquer que la cavité de l'oreille moyenne se conduit comme une sorte de séreuse, en ce sens que les épanchements plastiques superficiels et les adhérences pseudo-membraneuses y sont des plus fréquents.

Dans quelques cas, on constate, dans l'oreille moyenne, l'existence d'un épanchement séreux abondant, différant très-notablement du mucus plus ou moins concret qu'on rencontre dans la trompe.

Sous l'influence d'une inflammation plus aiguë, ce liquide peut devenir séro-purulent et même purulent ; il se fait un abcès de la caisse et à sa suite une perforation du tympan. C'est encore dans ces circonstances qu'on observe l'ostéo-périostite de la caisse et du conduit auditif externe. Les diverses lésions de l'otite moyenne des nouveau-nés, étudiées par Wreden, Parrot, Baréty et Renaut, sont exposées avec soin.

Les symptômes de l'otité moyenne aiguë ont été divisés en trois degrés selon l'intensité du processus inflammatoire.

M. Duplay passe donc successivement en revue : 1° l'inflammation simple, non suppurative; 2° l'inflammation suppurative; 3° la périostite aiguë de la caisse. Cette dernière forme d'otite, n'est pas décrite par la plupart des auteurs ; elle peut être primitive ou consécutive à une otite aiguë ou chronique; toujours est-il qu'elle donne naissance à des phénomènes locaux et généraux très-graves, et qu'elle peut entraîner la mort par méningite ou méningo-encéphalite. L'auteur insiste avec raison sur le diagnostic de ces diverses formes d'otite aiguë et sur le traitement parfois très-énergique qu'elles nécessitent, par exemple la perforation du tympan; nous ne pouvons qu'indiquer ici ces points si importants pour la pratique chirurgicale.

La description de l'inflammation chronique de la caisse et de la trompe est certainement l'une des parties les plus intéressantes du fascicule que nous analysons. Cette *otite moyenne chronique* présente deux espèces entièrement distinctes ; aussi, l'auteur adopte-t-il ici la vieille division classique du catarrhe chronique simple et du catarrhe chronique purulent.

C'est à l'*otite chronique moyenne simple*, affection encore mal connue, malgré les nombreuses recherches modernes, que doivent être attribuées « la plupart de ces surdités qu'on n'hésite pas à qualifier de surdités nerveuses ; comme, autrefois, on désignait, sous le nom d'amauroses, toutes les maladies ignorées du fond de l'œil. »

C'est à propos de cette otite que les relations pathogéniques, qui existent entre les affections de l'oreille moyenne et celles de la cavité naso-pharyngienne, deviennent évidentes; et, comme ces der

nières résultent souvent d'un état général constitutionnel, on conçoit le rôle que doivent jouer l'herpétisme, l'arthritisme, la scrofule ou la syphilis, dans la production de l'otite moyenne simple. Ajoutons, toutefois, que cette affection peut naître spontanément, en vertu d'une sorte de prédisposition héréditaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, M. S. Duplay distingue trois formes d'otite chronique simple : la forme catarrhale, la forme plastique, enfin la forme scléromateuse. Ces trois formes tendent toutes à aboutir d'une façon presque fatale « à l'immobilisation des parties destinées à vibrer sous l'influence des ondes sonores et à transmettre ces vibrations au labyrinthe. »

De là, on le comprend, leur excessive gravité et la surdité presque complète qu'elles peuvent entraîner.

Ces nombreuses variétés de lésions anatomiques donnent naissance à des symptômes divers, qui cependant peuvent être rapportés cliniquement à deux formes principales : « 1° une forme *humide*, catarrhale, correspondant au catarrhe chronique proprement dit; 2° une forme *sèche*, qui correspond à la fois aux lésions de l'otite exsudative et à celles de l'otite interstielle ou scléromateuse. »

M. S. Duplay expose donc, avec un soin minutieux, les signes, le diagnostic et le pronostic de ces diverses formes d'otite chronique simple, et il termine par un long paragraphe consacré au traitement de cette affection si fréquente et si mal connue. Nous ajouterons que l'auteur insiste plus particulièrement sur les injections médicamenteuses faites dans l'oreille moyenne, grâce au cathétérisme préalable de la trompe d'Eustache ; c'est là, en effet, le meilleur mode de traitement.

La seconde espèce d'otite chronique moyenne, est l'*otite chronique purulente* (catarrhe purulent chronique). Ici les lésions sont faciles à constater, vu la perforation presque constante de la membrane du tympan ; aussi, les chirurgiens connaissaient-ils mieux cette altération de l'oreille moyenne encore désignée sous le nom d'otorrhée. Toutefois, les complications auxquelles elle expose les malades, n'ont été bien décrites que dans ces derniers temps ; et l'une de ces variétés, l'otite granuleuse, a été longtemps mal étudiée et surtout mal traitée.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette affection, dont les symptômes, la marche, le diagnostic et le traitement sont très-complétement exposés par l'auteur.

Les quelques lignes consacrées à l'emploi du tympan artificiel et à l'explication de son mode d'action, méritent d'attirer l'attention des praticiens et des physiologistes.

Parmi les autres affections de la caisse, qu'on rencontre assez fréquemment, on doit citer les *Polypes*, productions fibreuses ou muqueuses qu'il ne faut pas confondre avec les granulations ou les fongosités symptomatiques d'une altération osseuse du conduit

auditif externe ou de la caisse. Les polypes, dont l'étude est faite avec soin par l'auteur, donnent lieu à des phénomènes nerveux, réflexes très-curieux, et sur lesquels on ne saurait trop insister. Nous croyons même que cette action peut s'exercer jusque sur l'appareil visuel, et, dans un cas qu'il nous a été permis d'observer, un polype volumineux du conduit auditif avait donné naissance à une amblyopie symptomatique d'une rétinite séreuse; celle-ci disparut sans traitement dès que le polype fut enlevé.

Les affections inflammatoires de l'apophyse mastoïde sont les seules lésions bien intéressantes à étudier ; toutefois, il faut savoir bien distinguer l'ostéo-périostite de l'apophyse, de l'inflammation des cellules mastoïdiennes. Ces deux affections essentiellement distinctes ont été souvent confondues l'une avec l'autre et bien à tort, car leur thérapeutique est essentiellement différente. Y a-t-il suppuration de l'apophyse mastoïde, il faut donner issue au pus contenu dans les cellules ; c'est une indication formelle qui, pour M. S. Duplay, ne souffre pas d'exception, alors même que la cavité de l'oreille moyenne communique très-largement avec l'extérieur par une perforation du tympan. Il faut donc trépaner l'apophyse et le plus tôt possible, ce que sont loin de conseiller la plupart des auristes, et ce qui résulte de la confusion qu'ils font très-souvent entre la périostite et l'inflammation des cellules mastoïdiennes.

III. — Nous arrivons enfin aux maladies de l'oreille interne, dont l'existence exagérée par beaucoup de chirurgiens, ne peut être cependant contestée. Malheureusement, leur étude n'est encore « qu'à l'état d'ébauche, » suivant l'expression même de M. S. Duplay ; cependant il passe sucessivement en revue les lésions traumatiques de l'oreille interne et ses lésions inflammatoires (otite labyrinthique aiguë), pour terminer par l'examen de quelques altérations du labyrinthe et du nerf auditif (tumeurs, etc.).

Sous le nom d'*otite labyrinthique aiguë*, l'auteur comprend « un certain nombre d'états pathologiques de l'oreille interne, dont la nature inflammatoire est loin d'être démontrée, du moins pour tous les cas, mais qui offrent entre eux de nombreuses analogies relativement aux symptômes qu'ils déterminent. » Deux formes peuvent être distinguées, l'une qu'il appelle la *maladie de Ménière*, l'autre serait une otite interne décrite par Voltolini.

Rien de plus singulier que les phénomènes morbides observés dans l'otite interne décrite pour la première fois par Ménière ; toutefois, ces phénomènes sont explicables physiologiquement, tel est du moins le but que s'est proposé M. S. Duplay dans son article. Il est très-probable que cette affection est due à une rapide exsudation de sang ou de sérosité dans les cavités de l'oreille interne, et on peut dire qu'elle offre une certaine analogie avec les lésions dites glaucomateuses de l'appareil visuel.

L'otite interne de Voltolini, confondue par cet auteur avec la pré-

cédente, a une existence problématique, et M. Duplay croit qu'elle pourrait bien n'être qu'une méningite localisée, ou bien une inflammation des ventricules et surtout du 4e ventricule, avec complications du côté de l'oreille interne. Ici, encore, il se passerait quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans les affections oculaires symptomatiques des lésions cérébrales inflammatoires.

IV. — Les diverses complications qui peuvent survenir dans le cours des maladies précédemment étudiées, font l'objet d'un chapitre spécial; l'auteur les divise en deux classes, selon que les accidents dépendent manifestement de la propagation d'une inflammation primitivement développée dans l'oreille, ou bien qu'ils résultent de phénomènes nerveux sympathiques ou réflexes.

A la première classe appartiennent : 1° l'inflammation des méninges et de l'encéphale ; 2° la paralysie faciale ; 3° la phlébite et la thrombose des sinus méningiens, enfin, 4° l'ulcération des vaisseaux voisins et surtout celle de la carotide interne.

Dans la seconde classe, se rangent la toux, les nausées, les vomissements, les vertiges, la salivation, les névralgies faciales, enfin les convulsions épileptiformes.

V. — Dans un dernier article, M. S. Duplay examine quelques-uns des symptômes communs à un grand nombre de maladies de l'oreille, et qui peuvent exister en dehors de toute lésion organique appréciable.

Tels sont : 1° l'otalgie ; 2° les bourdonnements; 3° la paracousie double ou diplacousie ; 4° enfin la surdité et la surdi-mutité, cette dernière ayant toujours pour cause soit un vice de conformation, soit des lésions anatomiques analogues à celles qu'on rencontre chez les sourds. Ce n'est donc pas une sorte d'*entité morbide*, comme on a tendance à le croire.

Tel est en quelques pages, le résumé des matières contenues dans le fascicule que nous avons analysé. On voit qu'elles ne ressemblent guère à celles qu'on est habitué à trouver dans les traités classiques de pathologie chirurgicale, et encore, M. S. Duplay ne leur a-t-il donné qu'un développement strictement nécessaire.

F. TERRIER.

Ueber locale Anwendung des Chloralhydrats beim sogenannten trocknen, chronischen Mittelohrcatarrh (Emploi local de l'hydrate de chloral dans le catarrhe chronique, sec de l'oreille moyenne), prof. LUCAE de Berlin. (*Berlin. klin. Wochensch.* 7 *octobre* 1872.)

Depuis trois ans, l'auteur emploie l'hydrate de chloral comme stimulant dans la forme sèche du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, et, de préférence, dans ces cas désespérants où il n'existe

aucune anomalie particulière de courbure de la membrane du tympan, et où les douches d'air restent absolument inefficaces.

C'est une solution aqueuse au trentième qu'il injecte dans la trompe d'Eustache.

La réaction consécutive est le plus souvent très-vive : c'est d'abord une violente douleur d'oreille, qui se propage assez souvent à la moitié correspondante de la tête, mais qui, dans la règle, ne dure que quelques minutes. Dans beaucoup de cas, cependant, cette sensation douloureuse ne disparaît graduellement qu'au bout de quelques heures, parfois même, seulement au bout d'un jour. La rougeur du tympan, qui se produit immédiatement après l'injection, bien que très-variable d'intensité, suivant les individus, est habituellement assez marquée ; il n'est pas rare que cette injection persiste plusieurs jours, autour de la courte apophyse et du manche du marteau.

Quand on ausculte l'oreille, le lendemain de l'injection, très-fréquemment on observe un changement favorable. Au lieu de percevoir, comme précédemment, un bruit de souffle rude, on n'entend plus qu'un souffle doux, ou même un bruit éclatant.

Lorsque, le lendemain de l'injection, on ne constate d'amélioration ni par la vue, ni par l'auscultation, le pronostic est déjà défavorable. — On répétera d'autant moins souvent les injections, que la réaction consécutive et les modifications locales qui l'accompagnent, sont plus durables : l'auteur n'en fait, en général, que deux par semaine. — Si l'on n'a obtenu aucune amélioration, au bout de la douzième injection, il est inutile de continuer le traitement.

Chez aucun des cent malades qu'il a traités ainsi, le professeur Lucae n'a vu survenir d'accident ; mais il a soin d'ajouter que ce mode de traitement est contre-indiqué dans la forme congestive du catarrhe, quand le tympan, suffisamment transparent, permet d'apercevoir de la rougeur du promontoire, quand une simple insufflation d'air amène, en même temps qu'une vive injection de toute la membrane, une aggravation des sensations subjectives de l'ouïe.

Dans onze cas, Lucae a obtenu une amélioration remarquable de l'ouïe ; dans un quart des cas, une amélioration moindre ; soixante-quatre enfin se sont montrés tout à fait rebelles. — Quant aux sensations subjectives, la plupart du temps, elles ne subissent aucune modification, et même, assez souvent, il y a, immédiatement après l'injection, une augmentation toute temporaire, d'ailleurs, des bourdonnements d'oreille préexistants. Enfin, Lucae assure que, par son nouveau traitement, les améliorations obtenues sont plus durables.

J. BEX.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ein Beitrag zur Lehre vom Glaucom (Contribution à l'étude du glaucome), par L. RYDEL, professeur à Cracovie. (*Archiv für Ophthalmologie, Berlin,* 1872, *t. XVIII,* 1re *partie.*)

L'auteur de cet article cherche à rattacher les troubles fonctionnels observés dans le glaucome, tels que l'obscurcissement et le rétrécissement concentrique du champ visuel, à une *gêne de la circulation rétienne* produite par l'augmentation de la tension intra-oculaire plutôt qu'à la compression des éléments nerveux eux-mêmes. A l'appui de cette théorie il cite quelques observations personnelles de glaucome subaigu dans lesquels les troubles visuels étaient très-accusés, sans que pourtant le nerf optique fût refoulé ; les artères seules paraissaient comprimées et amincies.

Par contre, dans d'autres cas empruntés aux différents auteurs (Arlt, Mauthner) où l'excavation du nerf optique était considérable et le système vasculaire à peu près intact, la vision centrale et *périphérique* était à peine altérée.

Rydel réfute l'opinion de Donders qui attribue le rétrécissement concentrique du champ visuel, à ce que les premiers effets de la compression se font sentir sur les fibres nerveuses *les plus internes* de la rétine, qui se rendent aux *parties équatoriales*. S'il en était ainsi le rétrécissement devrait être *uniforme,* ce qui n'a pas lieu en réalité ; les faits cliniques démontrent qu'il est tout d'abord beaucoup plus accusé du côté nasal, c'est-à-dire dans la portion correspondante au côté temporal de la rétine. Or, cette partie étant précisément la moins vasculaire, doit souffrir la première de la gêne circulatoire produite par l'augmentation de la pression intra-oculaire.

Les considérations précédentes expliqueraient aussi, d'après l'auteur, le fait suivant signalé par Arlt. Chez certains glaucomateux devenus presque complétement aveugles, qui n'ont plus qu'une perception lumineuse quantitative, on voit souvent ce reste de perception subir des alternatives répétées de diminution et d'augmentation. Ces modifications seraient dues aussi à des changements survenus dans *la circulation rétinienne.*

CH. ABADIE.

Paralysie du petit oblique gauche, par le Dr F. CUIGNET. (*Journal d'ophthal., nos d'août et septembre* 1872.)

L'auteur analyse et discute avec détails les symptômes présentés par sa malade, et conclut à l'existence d'un certain nombre de signes caractérisant cette paralysie peu étudiée jusqu'ici, au moins d'une façon isolée.

F. T.

Note sur les insuffisances des muscles obliques (avec figure schématique), par SAVARY (du Mans). (*Ann. d'ocul., sept.-oct.* 1872, *p.* 129-135.)

C'est une analyse bien faite d'un cas de strabisme, par insuffisance du grand oblique et traité par le reculement des tendons du muscle droit

supérieur correspondant, puis, par celui du droit inférieur du côté opposé. Malgré la correction obtenue, M. Savary dut faire plus tard, on ne sait trop pourquoi, la même opération sur le droit supérieur du côté opposé et sur le droit supérieur correspondant. En fait, deux de ces reculements s'annulant, il reste, pour traiter l'insuffisance du grand oblique, le reculement convenable de l'insertion du droit supérieur correspondant.

L'auteur se plaint que, parmi les représentants officiels de l'enseignement médical en France, il n'en soit aucun qui ait songé à bien décrire l'action des muscles de l'œil. Cela est vrai, en général ; toutefois, il aurait dû en excepter le professeur Longet, qui, dans son Traité de Physiologie, décrit cette action d'après Donders. F. TERRIER.

Diplopie pathognomonique de la paralysie de la 6e paire, par le Dr CUIGNET. (*Journ. d'ophth., oct.* 1872, *p.* 503-506.)

A propos d'une observation, l'auteur discute les symptômes de la paralysie du droit externe, caractérisée par de la diplopie, « avec images homonymes et superposées de telle façon qu'elles sont absolument contraires dans les positions de haut et dans celles de bas. » Toutefois, ces phénomènes ne s'observeraient pas dans tous les cas de paralysie de la sixième paire, fait sur lequel M. Cuignet insiste en terminant.

F. T.

Traumatic aniridia and aphakia, par le Dr SAMELSON. (*Brit. Med. Journal,* 2 *nov.* 1872, p. 498.)

Un homme de 66 ans reçut un éclat de bois dans l'œil droit. Le lendemain on constata un épanchement sanguin du globe de l'œil, avec rupture de la sclérotique et perte de la perception de la lumière. L'œil gauche avait été atteint onze ans auparavant dans les mêmes circonstances, et l'on put constater que, de ce côté, il n'existait plus *aucune trace de l'iris ni du cristallin.* Il y avait une hypermétropie extrême. Avec un verre convexe n° 2, le malade lisait le n° 1 de Jœger. E. D.

Étude sur l'amblyopie alcoolique, par le Dr Georges APOSTOLI. (*Journ. d'ophth., sept.* 1872, p. 462.)

C'est un résumé assez complet des connaissances acquises sur la question ; l'auteur insiste avec raison sur l'ensemble des troubles fonctionnels, peu en rapport avec les rares lésions ophthalmoscopiques. Les quelques détails qu'il donne sur la cécité spéciale des couleurs méritent d'attirer l'attention des observateurs, la perte de la perception du vert et du rouge offrant un grand intérêt, au point de vue pratique et au point de vue théorique, si surtout on se rappelle la théorie de Young-Helmholtz.

A propos de symptômes objectifs, M. Apostoli insiste sur la contraction spasmodique et par place des artères, sorte de contracture coïncidant avec une dilatation des veines ; « par places, dit-il, celles-ci devien-« nent comme variqueuses, gonflées; une stase sanguine se produit ; il « se forme des ampoules et des anévrysmes miliaires décrits pour la pre-

« mière fois par Liouville, qui peuvent aboutir à des ruptures et à des « hémorrhagies partielles que l'on peut facilement constater. »

Nous avouons ne pas comprendre la manière de voir de M. Apostoli, et après avoir relu le travail de M. Liouville, nous pouvons affirmer que les anévrysmes miliaires de la rétine, analogues à ceux si bien décrits dans le cerveau par M. Bouchard, ont une *pathogénie* absolument différente.

Il est curieux que dans l'article consacré au diagnostic différentiel, l'auteur n'ait pas cru devoir signaler l'amblyopie due à l'abus du tabac, celle qui résulterait de l'intoxication plombique, etc. D'ailleurs il eut été bon de mieux définir ce qu'il entendait décrire sous le nom d'amblyopie, puisqu'il y fait rentrer d'une part des altérations fonctionnelles simples et d'autre part des altérations définies du fond de l'œil. F. TERRIER.

Des affections oculaires d'origine syphilitique, par A. FOURNIER. (*Journ. d'ophth., oct.* 1872, *p.* 495-503.)

Dans cette première partie de la leçon faite par l'auteur à l'hôpital de Lourcine, il n'est traité que de l'iritis syphilitique, affection d'ailleurs très-connue, et à propos de laquelle M. Fournier insiste sur la symptomatologie, qu'il considère un peu trop comme pathognomonique.

F. T.

Retroflexion of the iris, par A. SEMELSON. (*Brit. Med. Journ.*, 18 *sept.* 1872, *p.* 351.)

L'auteur rapporte l'observation d'un individu âgé de 30 ans, qui avait perdu l'œil gauche dans son enfance et qui reçut dans l'œil droit un coup de barre de fer.

D'après les symptômes observés, il conclut que, dans l'ébranlement causé par l'accident, il s'est produit un déplacement du corps vitré suffisant pour permettre à l'iris de se replier en arrière sur lui-même. Il rapproche le cas qu'il a observé de ceux sur lesquels von Ammon a attiré l'attention dans son article du premier volume des Archiv für Ophthalmologie. E. DELENS.

Iridectomie accidentelle ou arrachement complet de l'iris par l'ongle du doigt dans une lutte, par M. Julian J. CHISOLM, M. D. (*Ann. d'oc., sept.-oct.* 1872, *p.* 144-146.)

Cette curieuse observation est traduite de l'*American journal of médical science. — Philadelphie.* F. T.

A case of evulsion of the iris (Observation d'arrachement de l'iris), par W. H. FOLKER. (*British medical Journal,* 5 *oct.* 1872, *II, p.* 372.)

Chez un homme de 42 ans, qui avait reçu dans l'œil droit l'extrémité pointue d'une pièce de bois, M. Folker constata, après la guérison d'une plaie de la cornée et la disparition des phénomènes inflammatoires, qu'il ne restait de

l'iris qu'un fragment gros comme deux têtes d'épingle au niveau de la cicatrice cornéale. Pendant longtemps le malade ne put supporter la lumière, de cet œil. Il est arrivé à pouvoir lire le n° 19 de l'échelle de Jœger à travers un orifice d'un seizième de pouce de diamètre, et le n° 16 en ajoutant à ce diaphragme un verre approprié (n° 9). Avec un diaphragme plus large il ne pouvait rien distinguer, quel que fut le verre employé. Le cristallin était parfaitement sain. E. D.

Des affections consécutives aux maladies des voies lacrymales, par M. E.-M. GUÉMENT. (*Thèse de doctorat, n° 377. Paris,* 1872.)

Beaucoup de malades atteints d'affections des voies lacrymales offrent en même temps des lésions du côté de la conjonctive, des paupières et même de la cornée ; ce fait, connu depuis longtemps déjà, a été très-diversement interprété par les ophthalmologistes. Pour les uns, les complications palpébrales et conjonctivales sont secondaires, tel est l'avis de M. E.-M. Guément; pour d'autres, ces prétendues complications seraient primitives, ou du moins seraient des lésions de même ordre ou de même cause que celles qui existent du côté des voies lacrymales proprement dites. Nous inclinerions vers cette manière de voir.

En acceptant la première de ces opinions, les complications signalées plus haut tiendraient à la rétention des larmes et à leur action sur les matières grasses sécrétées par les glandes de la caroncule et de Meïbomius. Les larmes neutres n'agiraient pas ; alcalines au contraire, elles formeraient un savon irritant, telle est l'opinion de M. Galezowski; opinion très-contestable suivant nous, puisque les larmes sont physiologiquement alcalines et que d'ailleurs les preuves données de l'existence de ce savon sont plus que discutables. Ajoutons que, pour guérir la blépharite d'origine lacrymale, M. Galezowski préconise les lotions *alcalines!*

M. E.-M. Guément adopte bien le savon de son maître ; mais il y ajoute autre chose : il croit avec Krause que les larmes toujours alcalines agissent sur la cornée et la conjonctive, et dissolvent les lamelles épithéliales de ces membranes ; ce serait cette action physiologique qui, augmentée, lors d'une alcalinité plus grande et pathologique des larmes, donnerait lieu à des phénomènes d'irritation assez accusés.

Mais, en admettant cette nouvelle théorie, comment se fait-il que ces lésions secondaires soient plus fréquentes du côté de la conjonction que du côté de la cornée ?

Quoi qu'il en soit de ces théories fantaisistes, l'auteur examine avec détails la conjonctivite, la blépharite, l'ectropion, enfin la kératite (2 cas), qui seraient toutes le résultat d'un obstacle au cours normal des larmes. Nous avouons que les observations qu'il publie à l'appui de cette manière de voir sont loin d'être toutes concluantes.

Quelques mots sur les signes et la thérapeutique des obstructions des voies lacrymales terminent cette thèse faite avec soin. F. TERRIER.

Cysticerque celluleux du corps vitré de l'œil humain. — Extraction avec conservation de la vision, par HIRSCHBERG. (*Ann. d'oc., sept.-oct.* 1872, *p.* 141-143.)

Cette observation précédée et suivie de réflexions, est malheureusement incomplète au point de vue de l'opération exécutée par l'auteur et pour la

description de laquelle il renvoie en partie aux Archives de Virchow, 54. (Deux cas d'extraction de cysticerques de l'œil humain.) F. T.

Étude sur les corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, par J. GAYAT. (*Extrait du Lyon médical; brochure de 31 pages,* 1872.)

Cette étude renferme un examen très-complet de la question, et l'auteur entre dans des détails toujours importants pour le praticien. Un seul point mérite d'être signalé, c'est que, parmi les effets produits par l'action répétée des corps étrangers sur la conjonctive, l'auteur cite le ptérygion, la pinguécula, et certaines dilatations des vaisseaux ciliaires antérieurs, cette dernière altération étant, en somme, exceptionnelle.

F. TERRIER.

Eine neue Methode zur Bestimmung der optischen Constanten des Auges (Nouvelle méthode pour la détermination des constantes optiques de l'œil), par les Drs Léopold MANDELSTAMM de Riga et Heinrich SCHŒLER. (*Archiv für Ophthalmologie, t. XVIII, 1re partie, p.* 155, 1872.)

Au moyen de l'ophthalmomètre, et en employant des formules de géométrie analytique, Helmholz avait donné la solution de problèmes importants, tels que la détermination de la distance du plan pupillaire au sommet de la cornée, celle de la position des surfaces antérieure et postérieure du cristallin et de leurs rayons de courbure. Dans le travail que nous citons les auteurs exposent la solution des mêmes questions au moyen d'un appareil plus simple que l'ophthalmomètre, et par des considérations empruntées aux mathématiques élémentaires.

CH. ABADIE.

A class or demonstrating ophthalmoscope (Ophathlmoscope de cours ou de démonstration), par Jabez HOGG. (*Med. Times and Gaz.,* 2 *nov.* 1872, *II, p.* 485.)

Ce nouvel ophthalmoscope se compose d'une lentille biconvexe de huit pouces de foyer et d'un miroir perforé de treize pouces de foyer, montés tous deux sur des supports indépendants. La lentille est formée de deux verres plans-convexes dont la distance peut varier. L'image du fond de l'œil donnée par cette double lentille est, assure l'auteur, bien plus nette, quoique moins amplifiée que celle qu'on obtient avec les autres ophthalmoscopes.

E. D.

Sur l'introduction du système métrique dans le numérotage des verres de lunette et sur le choix d'une unité de réfraction, par A. MONOYER. (*Annal. d'ocul., sept.-oct.* 1872, *p.* 105-117.)

Cet article a pour objet la critique d'un travail de M. Javal, travail dans lequel cet auteur conclut « à l'adoption d'une série de verres ayant pour

base le verre de 240 centimètres » de foyer. M. Monoyer combat les opinions de M. Javal en se plaçant à deux points de vue : d'abord, parce qu'il croit que cette manière de numéroter les verres n'est pas en rapport avec les notions du système métrique ; puis, parce que les nouvelles séries proposées par M. Javal seront toutes à faire, et que les verres existant déjà dans le commerce ne pourront qu'exceptionnellement servir aux ophthalmologistes.

M. Monoyer propose donc encore (1) pour unité de réfraction la lentille de 100 centimètres de longueur focale, ce sera la lentille n° 1 ; la lentille de 50 centimètres de foyer aura le n° 2 et ainsi de suite. Cette manière de faire serait d'autant plus acceptable que, comme le demande l'auteur, les divers numéros des séries de verres qu'il propose pourraient être employés dès maintenant, au moins pratiquement, en utilisant des verres ordinaires et en les associant entre eux.

Cette question est d'autant plus intéressante, que la proportion de M. Javal a été adoptée par un certain nombre de membres du dernier Congrès ophthalmologique (à Londres), qui se sont engagés à « employer « à partir du 1er juillet 1873, pour désigner les degrés d'amétropie, le sys- « tème métrique et la série des verres indiqués dans le travail » de M. Javal.

F. TERRIER.

London hospital. Remarks on the routine use of the ophthalmoscope in brain diseases ; optic neuritis often existing without defect of sight ; recovery from optic neuritis (Hôpital de Londres : Remarques sur l'emploi habituel de l'ophthalmoscope dans l'étude des maladies cérébrales ; névrite optique existant souvent sans troubles de la vue ; guérison de ces névrites). (*Lancet*, 12 *oct.* 1872.)

L'auteur recommande l'examen constant des yeux dans les affections cérébrales, même lorsque les troubles de la vue font défaut, car on a observé des névrités optiques très-considérables qui n'étaient accompagnées d'aucun de ces troubles. Ainsi, il a observé la guérison d'un cas de ce genre de lésion. Il rappelle, à ce propos, que des troubles de la vue peuvent se montrer dans le cours des albuminuries et disparaître entièrement après.

A. GOUGUENHEIM.

Photomètre fondé sur la sensation du relief, par M. YVON. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, n° 19, 2 nov. 1872, p. 1102.*)

Étant donné un angle dièdre, dont l'arête soit verticale, les deux faces blanches, planes et perpendiculaires entre elles, l'observateur, dont l'œil est placé dans le plan bissecteur de l'angle et qui regarde l'arête avec un tube noirci intérieurement, n'obtient la sensation du relief que si les deux faces sont inégalement éclairées ; dès qu'elles sont éclairées également, il ne voit plus qu'un cercle, dont la surface lui paraît rigoureusement plane. C'est sur ce principe qu'est fondé le photomètre de M. Yvon ; ces deux sources lumineuses de même couleur que l'on veut comparer

(1) Voir *Gazette de Strasbourg*, 1868 : *Des anomalies de la réfraction de l'œil, etc.*

sont disposées chacune dans une direction normale à l'une des faces de l'angle ; l'une restant fixe, on fait varier la distance de l'autre jusqu'à ce que l'œil obtienne la sensation d'un cercle réellement plane. Mesurant la distance de chaque source, on obtient facilement le rapport des intensités. H. TH.

Zur Lehre über den Einfluss der optischen Gläser auf die Sehschärfe (Influence des verres correcteurs sur l'acuité visuelle), par le Dr WOINOW (de Moscou). (*Archiv für Ophthalmologie, t. XVIII, 1re partie,* 1872.)

Plusieurs auteurs ont cherché à déterminer l'influence des verres correcteurs sur l'acuité visuelle.

En comparant les résultats obtenus on trouve quelques légères différences. Ce qui, d'après Woinow, serait dû aux trois causes suivantes :

1° Au nombre de cas employés pour les recherches, nombre qui n'a pas été le même pour tous les observateurs ;

2° Aux distances variables des verres correcteurs placés au-devant de l'œil ;

3° A la méthode employée.

Knapp et Mauthner ont fondé leurs calculs sur la grandeur de *l'image rétinienne*, et la longueur de la distance focale antérieure.

Dans les calculs faits par Woinow il a été fait abstraction complète de l'œil, il n'a été tenu compte que de la grandeur de l'angle visuel (formé par les rayons qui, partis des points extrêmes de l'objet, vont se croiser au premier point nodal de l'œil).

De cette façon les calculs ont l'avantage de s'appliquer à toutes les anomalies de la réfraction, quelle qu'en soit leur cause.

Or, si l'on n'a pas fait, au préalable, des mensurations ophthalmométriques, il est impossible de savoir, dans la pratique, si le vice de réfraction tient à une anomalie de longueur de l'axe de l'œil, ou a des altérations de courbure de ses surfaces réfringentes.

Consultez sur le même sujet. Knapp. — Archiv. für Augen und Ohrenheilk. Tome I, 2e partie p. 152. Mauthner. Vorlesungen über die optischen Fehler. (Vienne 1872, p. 169.) CH. ABADIE.

Ueber das ophthalmoskopische Bild der grosseren Netzhautgefässe (Sur l'image ophthalmoscopique des gros vaisseaux de la rétine), par le doct. SCHNELLER. (*Arch. für Ophthalmologie, tome* 18, 1re *partie. Berlin* 1872.)

En examinant à l'ophthalmoscope les gros vaisseaux émergents de la papille, soit à l'image droite, soit à l'image renversée avec un assez fort grossissement, on distingue facilement les artères des veines. Les artères présentent, en effet, dans leur milieu, une raie claire, brillante, qu'on ne retrouve pas, au moins aussi accusée, dans les veines.

Jæger avait donné de ce phénomène l'explication suivante : les rayons lumineux projetés par le miroir, qui tombent sur le point de cour-

bure le plus saillant du cylindre artériel, sont renvoyés vers l'observateur; ceux qui viennent le frapper dans les autres points sont réfléchis latéralement et ne sont point perçus. Cette théorie, généralement acceptée, a été d'abord combattue par Loring (1), qui a émis une autre opinion. D'après lui, la lumière, réfléchie d'une façon insignifiante sur la paroi antérieure des vaisseaux transparents de la rétine, les traverse; puis renvoyés alors par la choroïde ou la sclérotique (ce point n'est pas élucidé), ces rayons sont *réfractés* par le vaisseau comme par une lentille. Ceux qui tombent sur le milieu passent et arrivent à l'observateur; les autres subissent la réfraction totale et ne sont pas perçus.

Dans le travail que nous analysons, le docteur Schneller, après avoir rappelé ces deux théories, les réfute à son tour pour donner la suivante :

La raie claire et brillante que l'on aperçoit sur les vaisseaux de la rétine, n'est autre chose que l'image de la source lumineuse formée par la paroi antérieure du vaisseau.

L'auteur démontre directement, par le calcul, que la longueur et la largeur de la raie s'accordent avec cette interprétation. Il dit, avec raison, que si cette raie était formée, comme le pense Loring, par la lumière réfléchie par la choroïde ou la sclérotique et réfractée à travers le cylindre artériel, au lieu d'être brillante et presque blanche elle devrait être colorée en rouge. CH. ABADIE.

De l'usage de la strychnine dans la pratique ophthalmologique, par M. GORI (d'Amsterdam). (*Ann. d'ocul., septembre-octobre* 1872, *p.* 135-137.)

Avec le Dr Nagel (de Tubinge), l'auteur pense que l'amblyopie et l'amaurose, même avec des changements anatomiques notables, peuvent être améliorées par l'emploi de la strychnine. Il cite deux observations à l'appui de cette opinion; toutefois, au lieu de faire des injections hypodermiques, il préconise les badigeonnages péri-orbitaires faits avec une solution d'azotate de strychnine dans la teinture d'iode. F. .T

Le trépan oculaire et son application, par L. de WECKER. (*Ann. d'ocul., sept. et oct.* 1872, *p.* 137-140.)

Le trépan inventé par l'auteur, et qu'il préfère naturellement à celui de Bowman (de Londres), est construit d'après les principes qui ont servi à fabriquer la sangsue artificielle :

« Une lame tranchante, en forme d'emporte-pièce, est mue au moyen « d'un ressort; cette lame se trouve placée dans un ajutage solide, pou- « vant s'adapter exactement à la cornée ou à la sclérotique. En appliquant « l'instrument, le tranchant rentre dans l'ajutage et n'en sort pour cou- « per qu'au moment où on lâche le ressort; de cette façon, en pressant « légèrement l'instrument contre l'œil, on peut éviter l'écoulement des « liquides qu'il renferme. »

M. Bowman conseille l'emploi de son trépan, qui n'est autre qu'un em-

(1) *Arch. f. Augen-und Ohrenheilk. T. II*, 1re *part., p.* 199.

porte-pièce, contre le staphylome pellucide, et contre le staphylome cicatriciel partiel de la cornée. Pour M. de Wecker, les indications seraient autres, *bien qu'encore à l'étude*.

a. Lors de la transformation cicatricielle complète de la cornée, lorsque, surtout, le cristallin a dû être éliminé, il trépane la partie centrale de la cicatrice pour produire une fistule permanente. Dans quel but ? Pour rétablir, croit-il, la vision, et il cite à cet égard l'expérience de M. Gradenigo de Venise.

b. Lors de glaucome, l'iridectomie étant impossible, vu l'atrophie de l'iris, la *sclérotomie* ne suffisant pas, il conseille de trépaner le bord cornéen, afin d'établir une cicatrice à filtration. Grâce à ce procédé, on éviterait l'énucléation du globe, en calmant les douleurs ; mais se met-on à l'abri de l'ophthalmie sympathique ?

Jusqu'ici, M. de Wecker n'utilise guère sa trépanation que dans les cas où il n'y a rien à craindre pour la vision ; toutefois, il espère qu'on pourra s'en servir plus tard et sans crainte, alors qu'il s'agira d'augmenter l'acuité visuelle. L'auteur aurait dû nous dire dans quelles circonstances. F. TERRIER.

On extract of cataract by peripheral section of the iris, without invading the pupil (Sur l'extraction de la cataracte par la section périphérique de l'iris sans toucher à la pupille), par Charles BELL TAYLOR. (*Med. Times and Gaz.*, 12 *oct.* 1872, *II*, *p.* 405.)

Pour éviter la difformité qui résulte de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte et les inconvénients qu'elle entraîne, M. Taylor enlève seulement, à l'aide de ciseaux, une minime portion de l'iris à son insertion périphérique, et fait l'extraction du cristallin comme à l'ordinaire.

L'emploi de la fève de Calabar facilite le premier temps de ce procédé.

Dix opérations ont donné neuf succès complets. Dans le dixième cas, il y a eu iritis. Après la guérison, on n'aperçoit qu'un pli très-léger de l'iris, à sa périphérie. La pupille est intacte, centrale et mobile. E. D.

De la meilleure méthode d'extraire la cataracte, par MANCHÉ (de Malte). (*Journ. d'ophth.*, *oct.* 1872, *p.* 506-512.)

Cette meilleure méthode ne serait autre que celle de M. R. Liebreich ; dans son enthousiasme, M. Manché n'hésite pas à la comparer à l'opération de de Græfe, quoiqu'elle en diffère singulièrement. Grâce à elle, plus d'accidents, et, suivant l'expression de l'auteur, « l'œil opéré, après guérison, ne diffère plus de l'œil normal que par l'absence du cristallin » ce qui se comprend bien, « et par la présence d'une cicatrice de la « cornée à peine visible. »

Or, nous avons vu des résultats de cette opération, résultats appartenant à M. Liebreich lui-même, et nous pouvons assurer qu'elle peut donner lieu à des accidents sérieux, en particulier à des adhérences très-étendues de l'iris à la plaie de la cornée. Il est vrai que M. Manché ajoute que, dans certains cas, on est obligé de faire l'iridectomie ; mais ce précepte même

diffère notablement de ceux qui ont été donnés par M. Liebreich sur ce sujet (1).

F. TERRIER.

Contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire chez les anciens, par A. ANAGNOSTAKIS, d'Athènes. (*Ann. d'ocul., sept.-oct.* 1872, *p.* 117-128.)

Le but que s'est proposé l'auteur « est de jeter quelque lumière sur certains points encore obscurs de la chirurgie oculaire des anciens. » Aussi, ajoute-t-il, ne m'arrêterai-je que sur ces points, me bornant à mentionner ce qui est déjà connu.

Dans une série d'articles déjà parus, M. Anagnostakis a étudié : 1° le traitement radical de l'entropion et du trichiasis (2) ; 2° l'opération de l'ectropion ; 3° celle de la fistule lacrymale (3). Aujourd'hui, l'auteur examine avec détails : 4° le raclement des granulations palpébrales ; 5° l'emploi des élévateurs, réinventés à la fin du XVIe siècle par A. Paré ; 6° l'opération du staphylôme : 7° l'opération de l'hypopion ; 8° le tatouage de la cornée, que M. de Wecker aurait encore découvert tout récemment ; enfin, 9° l'opération de la cataracte, par abaissement, extraction ou broiement.

Il est inutile d'insister sur la valeur et l'intérêt que présentent ces articles historiqnes. F. T.

Exploration de l'oreille à l'état physiologique et pathologique, par le Dr D.-M. LÉVI. — *Paris,* 1872.

L'auteur de cette brochure, très au courant des travaux récents sur les maladies de l'appareil auditif, s'est efforcé d'indiquer la marche à suivre pour examiner un sujet qui est atteint ou qui se dit atteint de surdité.

Il s'est surtout placé au point de vue pratique, c'est dire qu'il insiste beaucoup sur les symptômes subjectifs et surtout objectifs fournis par l'exploration des diverses parties de l'oreille. Il rappelle brièvement les nombreuses lésions faciles à constater de visu, pour attirer surtout l'attention sur les altérations plus profondes et en particulier sur celles qui sont dues aux maladies du tympan, de la caisse et de la trompe.

M. Lévi, qui appartient à l'armée, montre avec raison combien cette exploration est utile lorsqu'on fait partie des conseils de révision, et qu'on se trouve en présence d'hommes qui ont tout intérêt à simuler ou à dissimuler une lésion auditive. Aussi, termine-t-il son mémoire par un chapitre intéressant sur la manière de reconnaître la surdité simulée ou dissimulée.

36 figures assez soignées, en chromolithographie, représentent des tympans sains et pathologiques et sont précieuses à consulter pour les praticiens. F. TERRIER.

(1) R. Liebreich. *Nouveau procédé d'extraction de cataracte.* Broch. 16 p.; Paris, 1872
(2) *Annales d'oculistique*, t. LXI (10e série, t. I), p. 113, 1869.
(3) *Ibid.* t. LXIII (10e série, t. III), p. 97, 1870.

Ein Beitrag zum Werthe der Rhinoscopie für die Ohrenheilkunde (Valeur de la rhinoscopie dans les affections de l'oreille), par R. VOLTOLINI, de Breslau. (*Monatsschrift für Ohrenheilkund, nov.* 1872, *n°* 11.)

L'auteur cite un cas de tumeur sarcomateuse (?) siégeant dans l'arrière-cavité des fosses nasales et ayant produit la surdité dans l'oreille gauche. La tumeur avait déjà un volume considérable lorsque l'examen rhinoscopique la fit découvrir, et l'opération ne put empêcher la mort du malade. Peut-être, dit l'auteur, la destruction de la tumeur à une époque peu avancée de son développement aurait-elle pu réussir, et, par conséquent, il eût été utile d'examiner les fosses nasales dès les premiers symptômes de surdité.

Il conclut également de ce fait, que l'obstruction de la trompe n'amène pas une surdité complète. T K.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Ophthalmologie.

Essai sur la méthode à suivre dans l'examen clinique des maladies des yeux, par G. J. A. WITKOWSKI. (*Thèse de doctorat ; Paris*, 1872.)

Etude de l'amblyopie due aux vices de réfraction et considérée au point de vue du recrutement militaire, par le docteur F. ANTONY. (*Thèse de Paris* n° 441, 1872.)

Nuovo metodo operativo dell'ettropio et dell'entropio (Nouvelle méthode opératoire de l'ectropion et de l'entropion), par le docteur F. SPERINO. (Turin, imprimerie de la *Gazzetta del Popolo*, 1872.)

Article *Cataracte* par le docteur WARLOMONT. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, t. XIII., 1re partie. P. ASSELIN et G. MASSON ; *Paris*, 1872.)

Extraction of cataract, par CH. BELL. TAYLOR. (*Med. Times and Gaz.*, 9 nov. 1728, II, p. 528.)

D'une pince nouvelle pour l'agrandissement de la commissure externe, par le docteur JOSÉ LORENÇO (de Bahia). (*Journ. d'ophth.*, 7 sept. 1872.)

Note sur un accident peu connu et non signalé de l'opération de la cataracte par extraction suivant la méthode prussienne, par M. FANO. (*Un. méd.* 10 déc. 1872, n° 146, p. 891.)

Cet accident consiste dans la production d'une fistule borgne interne de la sclérotique, à l'endroit où on incise l'œil pour faire sortir le cristallin. — Une observation.

Purulent ophthalmia in adults, par HAYNES WALTON. (*Med. Times and Gaz.*, 12 et 26 oct., 1872, II, p. 455.)

Parulent ophthalmia of infants, par HAYNES WALTON. (*Med. Times and Gaz.* 9 nov. 1872, II, p. 509.)

Granular conjonctivitis, Id. (*Med. Times and Gaz.*, 23 nov. 1872, II, p. 563.)

Ophthalmie grave (conjonctivite ulcéreuse, kerato-iritis avec hypopion). Blépharite ciliaire à répétition. Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales, par M. FIEUZAL. (*Gazette des hôpitaux*, 1872, n° 121 et suivants.)

Observation de *Choroïdite suppurative*, par M. T. PIÉCHAUD. (*Bordeaux médical*, n° 40.)

Two cases of bony deposit in the eye. — Docteur HARLAN. (Proceedings of the *pathol. soc. of Philadelphie*, V, III, 1871; 10 mars 1870., p. 159.)

A chip of iron lodged in the eye. Extraction of the lens with the foreign body embedded in it. Recovery (Fragment de fer logé dans l'œil. Extraction du cristallin contenant le corps étranger. Guérison), par GEORGE LAWSON.

A shot lodged in the eyeball; unusual course taken by the shot, and its Removal by operation (Grain de plomb logé dans le globe de l'œil; trajet insolite suivi par le projectile. Ablation). Central London ophthalmic hospital. — M. SPENCER WATSON. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 598.)

Severe ulceration of cornea caused by the dust given off by podophyllin root whilst being ground (Ulcération grave des cornées produite par la poussière provenant de la pulvérisation de la racine de podophyllum). M. HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, 9 nov. 1872, II, p. 516.)

Etude critique sur le traitement des affections des voies lacrymales, par E. DEBOUDT. (*Thèse de Paris*, n° 415, 1872.)

Diplopia following the administration of the hydrate of chloral, by W.-R. MANDERILLE. (Aberdeen Mississipi). (*The American Journ. of Med. Sc.*, oct. 1872, p. 573.)

Otologie.

Lectures on diseases and injuries of the ear (Leçons sur les maladies et les lésions traumatiques de l'oreille), par W. B. DALBY. (Leçons VII et VIII.) (*The Lancet*, 23 nov. 1872, II, p. 735.)

Abstract of lectures on diseases and injuries of the ear, par B. DALBY. (Leçons III et IV). (*The Lancet*, 19 oct. 1872, p. 552.)

Non purulent catarrh of the middle ear, par W. B. DALBY. — Royal medical and chirurgical society, 8 oct. 1872. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 454.)

Lectures on aural catarrh or the common forms of deafness and their cure. (Leçons sur le catarrhe de l'oreille ou les formes communes de surdité et leur traitement), par PETER ALLEN. Londres.

De l'obstruction de la trompe d'Eustache. JEAN D'HUBERT. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 377.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

ANALYSES.

Statistical report on the treatment of subclavian aneurism (Mémoire statistique sur le traitement de l'anévrisme de l'artère sous-clavière), par Alfred POLAND. (*Guy's Hospital reports, third series, vol. XVII, London,* 1872.)

L'auteur a publié la première partie de cet important mémoire dans le volume précédent. Il y a examiné le traitement des anévrismes de la sous-clavière par des moyens thérapeutiques autres que les opérations chirurgicales. Puis, il a abordé la question de la ligature et traité « *de la ligature de la troisième ou de la seconde portion de l'artère sous-clavière.* »

Dans cette seconde partie de son travail, qui n'a pas moins de 143 pages, l'auteur passe à l'étude de la « *ligature de la première portion de l'artère sous-clavière.* » Il donne un tableau synoptique de onze cas où cette opération a été pratiquée. L'un d'eux est relatif à l'anévrisme axillaire. Après avoir rapidement analysé les observations, Poland décrit l'opération faite dans chaque cas ; il s'arrête longuement à discuter le manuel opératoire, à étudier l'opération dans ses effets immédiats et consécutifs.

Voici le résumé de ces conséquences immédiates :

Dans deux cas, il y eut un sentiment immédiat de malaise, et des vomissements ;

Dans deux cas, difficulté immédiate de la déglutition ;

Dans deux cas, dyspnée immédiate ;

Dans deux cas, immédiatement ou très-peu de temps après l'opération, douleurs au creux épigastrique (sans doute par irritation du pneumogastrique durant l'opération) ;

Dans un cas, où la ligature avait été faite du côté gauche, contraction de la pupille, ptosis, dues probablement à l'irritation du sympathique ;

Dans deux cas, bronchite ;

Dans deux cas, pleurésie ;

Dans deux cas, pneumonie ;

Dans deux cas, symptômes pyohémiques ;

Dans deux cas, symptômes cérébraux.

Un intérêt particulier s'attache à l'étude de l'hémorrhagie secondaire. Sur les onze cas de ligature rassemblés par Poland, il y

en a huit où l'hémorrhagie secondaire survint et emporta le malade. Ils sont longuement analysés par l'auteur.

En somme, ces onze cas ont tous été mortels. La plus longue durée de la vie observée après l'opération a été de 36 jours. Ce résultat est d'autant plus déplorable que tous les malades opérés l'avaient été dans d'excellentes conditions, pour des anévrismes petits et bien circonscrits. Tous les sujets étaient jeunes et vigoureux. On comprend, après cela, la réflexion dont Liston accompagne un des faits qu'il a observés : « Il me sera difficile, dit-il, de me résoudre de nouveau à lier la sous-clavière en dedans des scalènes. » (Observ. n° 94.)

Suit une discussion approfondie des dangers inhérents à l'opération elle-même, et des causes de l'hémorragie secondaire. Chacune des observations est ensuite transcrite en entier.

L'auteur arrive à l'étude de *la ligature simultanée de la première portion de l'artère sous-clavière et de la carotide primitive, — et de la ligature de ces vaisseaux combinée à celle de l'artère vertébrale, pour l'anévrisme de la sous-clavière.* »

Nous retrouvons ici le même plan consciencieux que nous avons vu suivre dans l'étude de la ligature précédente. Un tableau synoptique contient le résumé de six cas de ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière à sa première portion. Parmi eux, trois seulement se rapportent au traitement d'un anévrisme de la sous-clavière. Les trois autres cas, qui appartiennent à Rossi, à Hobart et à Kuhl, sont relatifs, les deux premiers, au traitement d'un anévrisme de l'aorte, le dernier au traitement d'une tumeur maligne du front. L'auteur les a, toutefois, rapportés à cause des particularités intéressantes qu'on y peut trouver pour l'étude de la ligature.

Dans les deux cas de ligature de la première portion de la sous-clavière et de la carotide primitive pour anévrisme de la sous-clavière, une hémorrhagie consécutive mortelle survint le treizième jour (observ. de Liston), et le dixième jour (observ. de Cuveillier.)

Dans le cas unique où Parker, outre les artères précédentes, lia la vertébrale, l'hémorrhagie emporta le malade, le 42e jour.

L'auteur étudie minutieusement tous ces faits et rapporte, en terminant, les observations in extenso.

Il passe ensuite à la « *ligature du tronc brachio-céphalique, dans le cas d'anévrisme de la sous-clavière.* »

Un tableau synoptique de douze observations est suivi de leur étude détaillée. Le procédé opératoire, les conséquences immédiates et éloignées de l'opération, l'hémorrhagie secondaire, l'état de l'artère après la mort, sont successivement passés en revue. — L'auteur, recherchant la cause ordinaire de la mort, conclut ainsi : « Le danger de l'opération n'est pas dans le manque d'oblitération du bout central, mais dans l'impossibilité d'obtenir un caillot solide

dans la portion de la sous-clavière où elle fournit ses branches collatérales. »

Un treizième cas de ligature de l'innominée a pourtant été suivi de guérison. L'opération pratiquée a été complexe. Ce fait remarquable appartient à Smyth de la Nouvelle-Orléans. L'anévrisme de la sous-clavière avait le volume d'une orange. On fit la ligature simultanée de la carotide primitive et du tronc brachio-céphalique. — Au 54e jour, on dut lier encore la vertébrale pour combattre une grave hémorrhagie. Le malade, qui était un mulâtre âgé de 32 ans, guérit parfaitement.

Poland se propose de poursuivre son travail dans le prochain volume. Il étudiera le traitement de l'anévrisme par la ligature de la carotide seule, par celle de la sous-clavière au delà de l'anévrisme, par l'amputation du bras et la désarticulation de l'épaule. Enfin, il formulera les conclusions auxquelles ses recherches l'ont amené. S. POZZI.

Elevation of depressed cranial bone by pneumatic traction (Emploi de la traction pneumatique pour remédier à l'enfoncement des os du crâne), par H. W LARKIN. (*The Lancet*, 5 *oct.* 1872, *p.* 490.)

Appelé auprès d'un enfant âgé de quelques jours dont la tête s'était présentée anormalement au moment de l'accouchement, H. W. Larkin constata que la bosse frontale du côté droit offrait une dépression d'environ un pouce et demi de diamètre. L'excavation n'était pas régulière; elle ressemblait à celle qui résulte d'une forte pression exercée en un point sur une assiette de métal mince et convexe. La rainure qui limitait la dépression était croisée par deux sillons; les bords en étaient abruptes; il était évident que l'élasticité des os avait été dépassée et qu'il en résulterait probablement une déformation permanente.

Une ventouse fut appliquée sur le point déprimé et, pour assurer une adaptation exacte des bords, on se servit de mastic de vitrier. Le vide fut fait avec une petite pompe à air. En quelques secondes les os reprirent leur conformation; on laissa néanmoins la ventouse en place pendant quelques minutes et on la réappliqua le lendemain. Il n'y eut pas de troubles fonctionnels et les deux régions temporales sont restées symétriques.

L'auteur, rappelant combien est hasardeuse l'opération du trépan, qui donne une mortalité de 75 p. 0/0 en Angleterre, d'après Erichsen, et une proportion plus forte encore sur le continent, pense que le procédé qui lui a réussi dans ce cas serait applicable aux fractures du crâne chez les enfants et les adultes. La conclusion est certainement prématurée pour ces derniers. De toute façon, ce moyen offrirait des dangers s'il existait une plaie des téguments en même

temps qu'une fracture du crâne. Dans un cas semblable à celui qui vient d'être rapporté, chez un enfant né en 1864 à l'hôpital Lariboisière avec une dépression frontale très-marquée, nous avons vu la déformation disparaître spontanément dans les jours qui suivirent la naissance.

Dans le numéro du 12 octobre du même journal, p. 542, J. Mickle, à propos de la communication précédente, rappelle que ce moyen a été employé un certain nombre de fois. Gross le mentionne (*Syst. of Surgery*, 3e éd., II, p. 145) et rapporte un fait de Moultrie, de Charleston, relatif à un enfant de cinq mois. Un cas semblable est relaté par Nicholls dans le *Dublin medical Press*, sept. 1853. L'enfant dont il s'agit, dans ce dernier fait, avait trois ans et le succès fut complet. E. DELENS.

Abstract of a lecture on excision of the knee-joint (Résumé d'une leçon sur la résection du genou), par T. HOLMES. (*Brit. Med. Journ.*, 12 *oct.* 1872, *II*, *p.* 406.)

Déterminer quels sont les cas auxquels est applicable la résection du genou, tel est le but que s'est proposé l'auteur dans cette leçon. Il passe d'abord en revue les inconvénients que l'on a reprochés à la résection; il reconnaît que l'ébranlement (shock) est plus considérable qu'après l'amputation de la cuisse et que l'arrêt dans l'accroissement en longueur du membre est à peu près inévitable quand la résection est faite chez les enfants. Il peut aussi arriver que les os ne se soudent pas ou prennent une mauvaise position. Quant aux chances de mort, il est difficile de décider si elles sont ou non plus grandes qu'après l'amputation. La récidive se produit enfin dans quelques cas.

A côté de ces désavantages, la résection donne un résultat préférable à l'amputation, quand elle réussit, et les opérés peuvent quelquefois reprendre des occupations actives. M. Holmes conclut que la résection offre des avantages sur l'amputation appliquée à une catégorie limitée de cas.

Les conditions propres à assurer le succès de la résection sont le jeune âge (de six à vingt ans; au-dessus de quarante ou quarante-cinq ans les résultats sont désastreux). On doit aussi s'assurer de l'absence de complications pulmonaires. Quant à l'état local, il faut que le membre ne soit pas trop atrophié, ni les parties molles trop détériorées ; enfin qu'il n'y ait pas de poussée aiguë, au moment de l'opération. Les cas les plus favorables sont ceux où la synoviale est principalement atteinte.

On a employé pour l'opération l'incision en H et l'incision à lambeau antérieur. Langenbeck fait deux incisions latérales parallèles et laisse la rotule. Holmes préfère une incision rectiligne

allant de la partie postérieure d'un des condyles à la partie postérieure de l'autre et divisant le tendon rotulien et les ligaments latéraux. Il enlève la rotule. Le membre est mis dans une extension parfaite. On peut appliquer ensuite l'appareil décrit par Patrick Watson (*Syst. of surgery*, 2e édit., t. V) ou l'appareil de Butcher. M. Holmes emploie l'attelle de Mac-Intyre échancrée de chaque côté de l'articulation; des attelles de bois sont placées latéralement et une attelle en cuir moulé s'applique sur la partie antérieure de la cuisse.

Il importe de ne pas imprimer au membre de mouvements inutiles et de ne pas en permettre trop tôt l'usage à l'opéré.

E. DELENS.

On excision of the inferior maxilla. Lettre adressée à sir William Fergusson par J. LIZARS. (*The Lancet*, 28 *sept.* 1872, *p.* 453.)

L'auteur s'est proposé d'éviter la section des branches du nerf facial et celle du conduit de Sténon inévitables dans le procédé de résection de la mâchoire inférieure qui consiste à faire une incision courbe parallèle à la base et au bord postérieur du maxillaire inférieur.

Il fait une incision *rectiligne* partant de l'angle des lèvres et se dirigeant vers la partie supérieure du lobule de l'oreille de manière à se terminer au niveau du bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Le bistouri agit ainsi parallèlement au conduit de la parotide et ne coupe que les petites anastomoses qui unissent les branches du facial. La section de l'artère faciale ne se fait qu'en un point où son volume est déjà beaucoup réduit. On évite ainsi l'hémorrhagie, la paralysie faciale et les chances d'une fistule salivaire.

Après avoir répété ce procédé sur le cadavre, J. Lizars l'a appliqué sur le vivant. Il a enlevé chez un individu de 37 ans une tumeur de la mâchoire inférieure qui avait résisté au traitement par les iodures, les bromures, etc. L'opération a été pratiquée le 19 février 1872. Immédiatement après, on á constaté qu'aucun des muscles innervés par la septième paire n'était paralysé. Pendant quelques jours, il y a eu un peu d'écoulement de salive par la plaie, mais un mois après l'opération le malade était complétement guéri et a pu reprendre ses occupations.

S'il s'agit de tumeurs très-volumineuses, à l'incision indiquée on peut en ajouter une autre partant de la première et se dirigeant soit en haut, soit en bas. Une incision partant de la commissure et se portant en bas est celle qui diviserait le moins de filets du facial.

Lizars rappelle que Beaumont et Huguier ont employé une incision *courbe* partant de la commissure et allant vers l'oreille.

Huguier terminait la sienne à l'apophyse mastoïde. Le degré de paralysie faciale résultant de cette incision n'est pas indiqué ; on a seulement constaté que les mouvements des paupières étaient intacts.

En somme, l'incision rectiligne proposée par M. Lizars se rapproche de l'incision légèrement courbe de Huguier ; mais elle en diffère en ce qu'elle est un peu plus oblique, et surtout en ce qu'elle se prolonge moins en arrière et évite ainsi la section des branches inférieures du facial.

Il serait intéressant de savoir si la paralysie est définitive ou seulement temporaire dans les cas où ces branches sont sectionnées. Il est à supposer que les mouvements se rétablissent au bout d'un certain temps lorsqu'il n'y a eu qu'une simple section des branches nerveuses.

E. DELENS.

1° Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rectum (Dilatation artificielle de l'anus et du rectum). — 2° Ueber die Einführung langer elastischer Rohre und über forcirte Wasserinjectionen in den Darmkanal (Introduction de sondes élastiques et injections forcées dans l'intestin), par G. SIMON. (*Archiv für klinische Chirurgie, XVe vol., 1er liv., p.* 99 *et* 122.)

Dans le premier de ces mémoires l'auteur expose son procédé de dilatation du rectum, ses indications et ses usages.

La dilatation du rectum peut se faire *sans opération sanglante* ou au moyen *d'incisions.*

La première méthode permet après l'anesthésie chloroformique l'introduction de deux doigts, au moins, chez l'enfant, de quatre doigts chez tous les adultes, et, chez la plupart de ceux qui sont bien conformés, de la main tout entière. Malgré la force qu'il faut employer pour traverser les sphincters, on ne produit aucune lésion de l'anus. Une fois à l'intérieur il faut user de grandes précautions, et, en avançant sans violence, on peut faire pénétrer un ou deux doigts dans l'S iliaque, et atteindre en arrière le rein, en avant l'ombilic.

On peut substituer, sans inconvénients, à la main des spéculums variés à une ou plusieurs valves, surtout dans un but opératoire.

(L'auteur a fait plusieurs expériences cadavériques d'où il résulte qu'il faut se garder de vouloir introduire la main entière dans l'S iliaque. Le rectum, qui peut sans inconvénients, dans sa portion inférieure, subir une dilatation qui porte sa circonférence à 25 centimètres, ne se laisse plus distendre que jusqu'à 15 centimètres à partir de l'insertion du méso-rectum. Au delà, il cède et se rompt.)

La *méthode sanglante*, qui a l'inconvénient d'entraîner une incontinence de 10-12 jours, comprend l'incision du bord cutané

antérieur de l'anus ou l'incision du sphincter, qui doit se faire en arrière, vers le coccyx; ce procédé, depuis que la dilatation simple est en usage, doit être réservé pour les cas où l'issue libre des fœces pendant quelques jours est une condition de succès, dans les opérations de fistules recto-vaginales, par exemple. Enfin Hueter a proposé dans certains cas de tailler un lambeau cutané à base antérieure, comprenant l'anus et le sphincter. S. rejette ce procédé, qui est plus compliqué et moins efficace.

Il a employé avec succès ces opérations dans le diagnostic et le traitement de bien des affections, l'extraction de corps étrangers, les plaies du rectum, l'opération de fistules situées à la partie supérieure du rectum, de rupture du périnée compliquée de déchirure de la cloison recto-vaginale, l'extraction de tumeurs et de cancers du rectum ; il cite des exemples nombreux de guérisons obtenues par cette méthode.

Il a, aidé de cette exploration, fait le diagnostic de tumeurs des reins, des ovaires, de l'utérus, celui des calculs de la vessie chez l'homme, et de beaucoup d'autres affections chirurgicales du bassin et du petit bassin. — Il croit sa méthode d'un grand secours dans le diagnostic et le traitement de l'obstruction intestinale.

Dans son second mémoire, qui complète le premier, il étudie les effets de l'introduction dans le rectum de tubes longs et élastiques en caoutchouc, terminés par une olive percée qui, par son volume plus considérable, s'oppose à la perforation des parois intestinales. Leur introduction est facilitée par le passage d'un grand courant d'eau que l'on fait passer à travers leur lumière : il déplisse le rectum et prépare ainsi la voie à l'instrument.

Jusqu'où celui-ci peut-il pénétrer ? Une discussion s'est élevée à ce sujet entre M. Wachsmuth (*Ileus und Enterotomie : Virchow's Archiv*, vol. XXIII, p. 134), qui croit avoir introduit la sonde jusqu'au côlon ascendant, et S., qui l'a toujours vue s'arrêter à l'S iliaque ou au côlon descendant. L'auteur appuie son opinion sur des recherches cadavériques, et établit à cet égard de nombreuses variations individuelles reposant sur des conformations différentes de l'S iliaque.

Au moyen de cette opération, l'auteur a fait pénétrer des injections au travers de la valvule iléo-cœcale jusque dans l'intestin grêle : cette valvule permet le passage dans sept cas sur neuf environ. C'est à cette circonstance que seraient dus, suivant S., les vomissements de matières fécales. Sans contester le fait du passage possible des matières du gros intestin dans l'iléon, nous ne croyons pas nécessaire de l'admettre toutes les fois qu'il y a vomissements fécaloïdes. On sait, en effet, que ceux-ci sont aussi bien composés du contenu des dernières portions de l'intestin grêle, que de matières fécales proprement dites.

S. croit cette méthode capable de donner de fort bons résultats

dans le traitement de diverses sortes d'occlusions intestinales (l'invagination exceptée) et pour la réduction des hernies étranglées : il l'a employée avec succès pour le diagnostic de fistules stercorales du gros intestin. Ce dernier point perdrait de sa valeur si, comme S. le soutient, l'injection pouvait traverser la valvule de Bauhin. Enfin, il entrevoit la possibilité de faire arriver par cette voie des aliments jusque dans l'intestin grêle.

PAUL BERGER.

De la lithotritie périnéale ou nouvelle manière d'opérer les calculeux, par le professeur DOLBEAU. (*Un vol. in-8°, 240 pages, 23 fig., 1 planche lith.; Paris, G. Masson,* 1872.)

« Qu'on ne fasse pas de confusion : l'opération de la lithotritie « périnéale n'est pas destinée à remplacer la lithotritie. Loin de « vouloir substituer une autre opération à la lithotritie, cette belle « conquête chirurgicale d'origine toute française, j'ai le désir « d'agrandir le domaine de la lithoclastie et de restreindre les ap- « plications de la lithotomie. »

Ainsi parle M. Dolbeau.

Voici en quoi consiste sa nouvelle méthode :

1° — Boutonnière médiane de 20^{mm} commençant *immédiatement* au devant de l'anus; simple *ponction* de la région membraneuse de l'urèthre, sur le cathéter à *large* cannelure.

2° — Introduction *lente et progressive* d'un dilatateur, pour transformer successivement la plaie périnéale, la région prostatique et le col de la vessie, sans déchirure, en un canal cylindrique de 20^{mm} de diamètre.

3° — Introduction des tenettes pour saisir le calcul et l'extraire d'une seule pièce, s'il est petit (moins de 20^{mm}); pour le broyer, s'il est plus gros (cas ordinaires), ou le ronger, s'il est trop volumineux pour être facilement saisi, etc.

Dans tous les cas, extraction, en une seule séance, de tous les fragments de la pierre.

M. Dolbeau commence par établir ses droits d'innovateur; il rappelle le mémoire de M. Bouisson sur la réhabilitation de la taille médiane et la thèse de M. Rengade (Paris 1866) qui expose la pratique de Civiale dans les dernières années de sa vie (lithotritie combinée avec la cystotomie).

Il cite les recherches cadavériques qui lui ont imposé la nécessité de faire une *très-courte incision* pour épargner le bulbe, et de *dilater lentement* et la plaie et la prostate, dont la pointe seule peut être impunément déchirée. Quant au col vésical, tout ce que l'on peut obtenir par la dilatation sans déchirure, c'est qu'il accepte le doigt; encore ne le peut-on qu'à la condition de détruire sa toni-

cité par la fatigue, c'est-à-dire par une dilatation lente et prudemment conduite. Il est à remarquer que sur le cadavre et sans doute sur le vivant, le col résiste bien plus au doigt ou au dilatateur poussé vers la vessie qu'à un calcul de diamètre égal ou légèrement supérieur venant de cette cavité et tiré au dehors.

L'auteur recommande avec raison un bistouri de premier choix pour inciser la peau si mobile du périnée; il a fait construire un dilatateur spécial et des tenettes petites et grosses, les premières pour explorer la vessie, mesurer le calcul, extraire les fragments, etc, les secondes pour broyer la pierre ou la ronger si elle est trop grosse. Les injections sont utiles suivant lui, mais seulement pour déplacer les fragments et faciliter le travail des petites tenettes qu'il faut introduire autant de fois qu'il y a de fragments.

Après l'opération, le malade, sauf indication spéciale, ne garde pas de sonde à demeure dans l'urèthre ni dans la plaie; il rend et retient ses urines volontairement au bout d'un temps très-court après l'opération.

La lithotritie périnéale ne doit pas être considérée comme une opération absolument facile : M. Dolbeau cite plusieurs cas de fautes graves commises par des chirurgiens inexpérimentés et téméraires. On peut, en effet, créer des fausses routes avec le dilatateur et, comme dans toute lithotritie, laisser des fragments dans la vessie.

A la fin de son mémoire, l'auteur rapporte 30 observations détaillées et personnelles, qui donnent 5 morts et 25 guérisons. Dans toutes, la lithotritie périnéale a été faite, la lithotritie ayant échoué ou paraissant impraticable.

M. Dolbeau résumant sa pensée dit : « Il faut faire autant que « possible la lithotritie ordinaire; mais comme, dans bon nombre « de cas, il est plus sage d'abandonner cette ressource précieuse, « on doit alors renoncer presque absolument à la taille et s'adresser « avec confiance à la lithotritie périnéale.

« La lithotritie est une opération difficile à bien faire; la litho- « tritie périnéale réclame, elle aussi, une certaine habileté et la « grande habitude. La taille demeure une opération plus simple, « plus facile à exécuter, plus brillante, mais elle est notablement « plus meurtrière pour les opérés. »

L. H. FARABEUF.

Studien aus dem Gebiete der chirurgischen Technik. Zwei neue Methoden des Steinschnittes vom Mastdarm aus (Etude de médecine opératoire. Deux nouvelles méthodes de taille rectale), par le Dr Théodore SCHÆFFER. (*Vierteljahrsch. f. die prakt. Heilk., t. III, p.* 49, 1872.)

Ces deux méthodes ont reçu de leur auteur le nom de :

1° — taille recto-vésicale.

2° — Taille recto-uréthro-prostatique.

Par la taille recto-vésicale, on pénétre directement dans la vessie.

Cette taille s'exécute en 5 temps.

Le premier temps comprend la dilatation préalable du rectum et de la vessie.

La dilatation du rectum a pour but de faciliter l'accès des instruments. Elle s'effectue à l'aide du spéculum de Sims légèrement modifié. Les parois rectales sont, en outre, maintenues écartées à 'aide de crochets en fil métallique.

La dilatation de la vessie a pour effet d'augmenter la saillie que sa base forme dans le rectum, d'écarter latéralement les vésicules séminales et, par suite, de les éloigner du champ opératoire, puis enfin de faire remonter le cul-de-sac péritonéal qui se trouve ainsi protégé.

Cette dilatation s'obtient par une injection d'air ou plutôt d'acide carbonique, ce dernier gaz étant beaucoup mieux toléré. Lorsque la vessie est très-irritable, cette injection de gaz ne se fait qu'une fois le malade endormi par le chloroforme.

Dans un second temps, des pinces à disséquer sont portées au-dessus de la base de la prostate. On saisit entre leurs mors la muqueuse rectale que l'on plisse dans le sens transversal, puis on incise perpendiculairement ce pli.

Dans un troisième temps, l'on divise de la même façon la couche musculaire du rectum.

Dans un quatrième temps, l'aponévrose prostato-péritonéale est saisie, attirée à travers la plaie rectale et divisée longitudinalement, après s'être assuré par le toucher que l'incision n'intéressera ni les vésicules séminales, ni les canaux déférents.

Dans un cinquième temps, le bas-fond de la vessie sain et exploré avec les mêmes précautions est incisé longitudinalement à l'aide de ciseaux dont on engage la pointe dans la cannelure du cathéter.

L'incision est faite dans une étendue proportionnelle au volume présumé de la pierre, mais en ayant toujours bien soin de ne pas intéresser le péritoine.

La pierre est alors recherchée, saisie, puis extraite.

On applique ensuite plusiéurs points de suture, opération que facilite beaucoup l'emploi d'une aiguille imaginée par l'auteur et décrite plus loin. On éviterait ainsi la production d'une fistule vésicc-rectale.

La deuxième méthode a reçu de l'auteur le nom de taille recto-prostatique latérale. Elle est applicable surtout aux sujets jeunes, afin de ne pas intéresser le cul-de-sac péritonéal qui chez eux des cend très-bas.

Comme dans l'autre méthode de taille, l'on commence d'abord par la dilatation préalable du rectum et de la vessie.

On introduit ensuite le cathéter dans la vessie. Il est alors très-facile de sentir par le rectum la sonde engagée dans la portion

membraneuse de l'urèthre et par suite d'explorer la prostate.

A un demi-centimètre environ au-dessous du bec de cet organe, on fait à l'aide d'une forte pince un pli comprenant à la fois la muqueuse et la couche musculaire du rectum.

Ce pli est alors incisé transversalement.

Une fois toutes les couches du rectum incisées, on pratique aux extrémités de cette plaie de petites incisions obliques de façon à circonscrire un lambeau arrondi, convexe inférieurement. Ce lambeau est relevé, puis disséqué. On arrive alors sur la portion membraneuse de l'urèthre que l'on divise ainsi que la prostate, dans une étendue proportionnée au volume supposé de la pierre.

On pose alors quelques points de suture sur la prostate et sur le lambeau qui retombe et s'applique par son propre poids.

L'auteur considère comme très-important l'emploi des sutures pour éviter la production de fistules urinaires.

Dans les opérations de tailles rectales où l'on a réuni ainsi les parties sectionnées, la guérison a été obtenue une fois en huit jours, l'autre, en onze jours, sans laisser de fistule.

Neue chirurgische Nahte (Nouvelles sutures chirurgicales), par Th. SCHÆFFER. (*Ibid.*, *p.* 43.)

Elles sont surtout utiles pour les autoplasties profondes où la suture constitue un temps long et difficile de l'opération.

Elles se font à l'aide d'aiguilles courbes portant une encoche, du côté de leur concavité et au voisinage de leur pointe, sorte d'hameçon destiné à venir accrocher et à retenir une anse de fil convenablement disposé. Ce crochet doit être construit de façon à ne pas s'arrêter dans les tissus qu'il traverse, soit lors qu'on pousse l'aiguille, soit lorsqu'on la retire.

On se sert aussi de la pince ordinaire à ligature modifiée, de telle sorte que la tige du verrou, suffisamment allongée, serve d'axe pour l'enroulement d'un fil dont l'autre bout s'engage dans un anneau métallique ajusté à l'extrémité inférieure de l'une des branches de la pince.

Le fil employé est du fil de soie préalablement trempé dans une solution de caoutchouc, afin de lui donner plus de résistance en le rendant imperméable aux liquides.

A l'aide de ces dispositions instrumentales, l'auteur pratique trois sortes de sutures:

1° — Une suture à points continus ;

2° — Une suture entre-croisée;

3° — Une suture à points séparés.

Les sutures se font en traversant, à l'aide de l'aiguille indiquée, successivement les deux lèvres de la plaie. A l'aide de la pince, on

engage alors dans le crochet l'anse du fil préparé, l'aiguille est ressortie, puis engagée de nouveau et l'on répéte ainsi la même manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire.

Die Operation des veralteten, complicirten Dammrisses (Opération de la rupture compliquée et ancienne du périnée), par HIRSCHBERG. (*Archiv für klinische Chirurgie, vol. XV, 1re livraison, p.* 167.)

L'auteur dans un court historique recherche les causes des insuccès qu'ont éprouvés les opérateurs les plus modernes. Nous reviendrons sur ce point, qu'il reprend plus tard en discutant sa propre pratique. Il fait jouer un grand rôle à la contraction des muscles transverse et releveur de l'anus qui, privés de leurs antagonistes par la rupture des sphincters de l'anus et du vagin, attirent en dehors et en haut les lèvres de la solution de continuité triangulaire résultant, de chaque côté, de la rupture de la cloison recto-vaginale et du périnée. La première, irrégulièrement déchirée, se rétracte sous forme d'un bourgeon saillant dans le fond du cloaque recto-vaginal. Une autre difficulté réside dans la rétraction cicatricielle de ces plaies triangulaires.

Description de l'opération. — Purgation préalable ; chloroforme : puis, la malade étant placée comme pour la taille, avivement exact des deux cicatrices dans toute leur surface ; ce temps comprend l'avivement de la partie antérieure du bourgeon recto-vaginal. L'avivement doit se faire sous un courant d'eau froide.

Il serait trop long d'entrer dans le détail du second temps, qui comprend l'établissement des points de suture. Ils se divisent en points de suture périnéaux, vaginaux et rectaux. Contrairement à l'avis de Heppner (*Langenbeck's Archiv.*, vol. X), H. pense que les sutures rectales et vaginales doivent être profondes, serrées et métalliques ; que les périnéales, qui coupent davantage et plus vite les tissus, doivent être superficielles. On commence par poser les premières et les secondes ; pour cela on peut s'aider de l'incision du sphincter vers le coccyx. On serre les fils au fur et à mesure et on les coupe de même. — Une planche annexée au texte fait bien comprendre les détails de cette opération.

H. insiste tout particulièrement sur l'avivement du bourgeon recto-vaginal, car c'est en ce point surtout que sont à craindre les fistules consécutives.

Soins consécutifs. — L'auteur déclare inutile l'irrigation vaginale continue, préconisée par Heppner. Contrairement à l'opinion de ce chirurgien, il croit devoir faciliter des garde-robes liquides, au lieu d'entretenir la constipation. Il s'oppose à l'introduction quotidienne de sondes dans le rectum pour évacuer les gaz : ceux-ci quand ils sortent par la plaie indiquent, mais ne causent pas l'absence de réu-

nion. On commence à enlever les points de suture superficiels le 4e jour, et les autres, les jours suivants jusqu'au 15e.

Fistules consécutives.—Elles se divisent en : 1° recto-vaginales ; 2° recto-périnéales ; 3° vagino-périnéales ; 4° recto-vagino-périnéales. — La 3e espèce seule est sans importance. — La 2e se traite par l'incision rectale, l'avivement et une nouvelle suture ; les deux autres espèces sont transformées par une incision en une plaie récente du périnée compliquée de solution de continuité recto-vaginale ; on avive et on recommence l'opération à nouveau.

M. Simon a opéré par ce procédé 21 cas qui peuvent se diviser ainsi qu'il suit :

18 guérisons totales; 11 fois après une seule opération. Dans 5 cas, il resta des fistules recto-vaginales dont 3 guérirent spontanément, 2 nécessitèrent l'incision, 2 fois enfin il y eut un défaut de réunion de l'anus seul qui guérit consécutivement; 2 insuccès doivent subir encore de nouvelles opérations ; 1 cas de mort par pyohémie.

PAUL BERGER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Death by chloroforme, by MORGAN, M. D. (*The Medical Press and Circular*, 9 *oct.* 1872.)

Death by ether, by B. GRUMING, M. D. (*The Medical Record.*, 1er *oct.* 1872.)

Dans une lettre adressée par le docteur Morgan au directeur de *the Medical Press and Circular*, ce praticien fait allusion à divers cas de mort survenus pendant l'administration du chloroforme. Avec l'éther, suivant lui, nul accident semblable n'est à craindre, et les personnes qui n'ont pu supporter le chloroforme supportent facilement l'éther. Il cite à l'appui de sa thèse un certain nombre de faits.

Nous rapprocherons de cette lettre l'observation suivante, extraite du *Medical Record :*

John Stostrauder, âgé de 68 ans, s'étant brisé le fémur, au-dessous du trochanter, fut admis, le 2 août 1872, dans les salles de Bellevue-hospital pour y être traité de cet accident. Afin de réduire la fracture, on le soumit à l'éthérisation. L'anesthésie fut provoquée lentement et prudemment, et, au bout de dix minutes, la résolution était complète. Le pouls était plein et régulier ; mais la respiration devenant précipitée et convulsive, l'éther fut éloigné. Après deux ou trois pressions sur le thorax, la respiration redevint normale. On attendit cependant 4 à 5 minutes avant de reprendre l'éthérisation. — Une seconde fois, les accidents se reproduisirent : le cœur continuant à battre, les pupilles se dilatèrent et la respiration s'arrêta. L'éther fut mis de côté, la respiration artificielle fut pratiquée et plusieurs courants électriques appliqués sur la poitrine. Tout fut inutile, le malade était mort.

A l'autopsie, on trouva le cerveau pâle et anémié; le cœur contenait un peu de sang fluide; à la base des valvules aortiques, il y avait une petite plaque athéromateuse. Les poumons étaient atteints d'un peu d'emphysème;

de plus, le lobe inférieur du poumon droit était œdémateux et, sur un point, il y avait un peu d'hépatisation rouge. Le foie était petit et ferme, rempli de sang fluide. Les autres organes étaient sains.

On avait employé 180 grammes d'éther. L'éther était pur et de bonne qualité. (Il nous semble, après lecture de cette observation, que, contrairement aux réflexions dont l'auteur l'a fait suivre, la mort pourrait être ici attribuée aux lésions pulmonaires.) J. DUBRISAY.

Methylene ether, par Benjamin W. RICHARDSON. *(Med. Times and Gaz., 23 nov. 1872, II, p. 564.)*

La question du choix des anesthésiques préoccupe vivement la presse médicale anglaise en ce moment, comme on peut en juger par les nombreuses communications faites sur ce sujet. (Voir *Rens. bibliogr.*) Nous devons ajouter que le nombre des morts survenues pendant l'administration des anesthésiques s'est singulièrement accru, dans ces derniers temps, en Angleterre.

Le chloroforme, l'éther, le bichlorure de méthylène sont les trois agents qui se partagent actuellement la faveur des chirurgiens anglais. Le dernier est inusité en France; il mériterait cependant d'être expérimenté de nouveau, si, comme l'assurent des chirurgiens très-autorisés, notamment Spencer Wells, il a sur les deux autres l'avantage de donner rarement lieu aux vomissements.

Richardson emploie aujourd'hui un mélange de bichlorure de méthylène et d'éther, auquel il donne le nom de *methylene ether*. La vapeur de ce mélange est agréable à respirer et n'est pas irritante; elle agit moins rapidement que celle du bichlorure de méthylène, mais elle offre plus de sécurité. Pour l'administrer, Richardson se sert d'un appareil spécial d'ailleurs assez simple qui s'applique sur la bouche.

Les avantages ou les inconvénients de ce nouveau mélange anesthésique ne pourront être bien appréciés que lorsqu'il aura été employé sur une large échelle. E. D.

Ammonia in suspended animation. *(New-York Med. Journ., sept. 1872, p. 335, Extrait du Melbourne Argus.)*

La valeur des injections d'ammoniaque comme les a recommandées le professeur Halford, dans les cas de morsure de serpent ou de suspension de la vie, vient de recevoir une nouvelle démonstration. Une dame de Melbourne avait avalé accidentellement une once de Browne's chlorodyne, mélange de chloroforme, de morphine et d'acide prussique. A l'arrivée du médecin, elle semblait sur le point de mourir. Elle était froide, insensible aux choses extérieures, la respiration était bornée à des efforts d'inspiration se manifestant de temps à autre. Le médecin, se rappelant un cas où une jeune femme fut rappelée à la vie après une mort apparente due au chloroforme, fit un mélanged'une demie-drachme de *the liq. ammon. fort.* avec une drachme et demie d'eau, puis injecta le tout dans une veine du bras, pendant la durée d'une minute.

En quelques minutes, le pouls revint, la respiration devint normale, et, en vingt minutes, la chaleur naturelle était revenue par tout le corps; mais la conscience ne fut parfaite qu'au bout de quelques heures. La guérison fut rapide. On cite deux autres exemples où l'injection faite en temps opportun sauva de la mort deux individus mordus par des serpents.

CH. PÉRIER.

Soume cases of direct injection of ammonia into the circulation, par R. W. TIBBITS. (*Med. Times and Gaz.*, 2 *nov.* 1872.)

L'auteur a essayé ce moyen dans trois cas de traumatisme très-graves. Les blessés étaient à la dernière extrémité. Les deux premiers ont succombé une heure et demie et deux heures après l'injection. Le troisième, qui avait eu les deux jambes amputées et plusieurs côtes fracturées, s'est rétabli. Les deux premières fois l'auteur avait injecté 40 et 30 gouttes d'une solution concentrée d'ammoniaque, la troisième fois il n'en injecta que 10.

Contrairement à son opinion, il nous semble qu'on peut se demander si c'est grâce à l'injection ou malgré l'action de l'ammoniaque que le blessé a été sauvé.

J. DUBRISAY.

Ueber die Transfusion des Blutes (De la transfusion du sang), par H. LEISRINK. (*Sammlung klinischer Vortræge, von .R. Volkmann, N°* 41. — *Leipzig,* 31 *juillet* 1872.)

Ce travail ne renferme rien de spécial à noter, si ce n'est un historique qui complète celui que nous trouvons dans le mémoire de M. de Belina (*Arch. de Physiologie*, 1870, janvier-août) et spécialement l'indication d'un travail de Hüter sur ce point (*Langenbeck's Arch.*, Bd. XII.) — Ce dernier auteur, on le sait, a tout particulièrement préconisé la transfusion artérielle. L... ne croit pas devoir adopter cette méthode. P. BERGER.

Des injections au perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles, par ONFRAY. (*Thèse de Paris;* 1872, *n°* 319.)

Cette thèse renferme l'historique et l'appréciation des divers modes de traitement des tumeurs cirsoïdes.

L'auteur croit que le meilleur moyen consiste dans les injections au perchlorure de fer.

Rien de nouveau, si ce n'est l'observation d'un malade de M. Labbé, qui, à la suite de ce traitement, a présenté, au moment où la tumeur était presque guérie, une complication non encore signalée, l'infection purulente consécutive à des abcès déterminés par le perchlorure.

R.

Étude et description d'appareils nouveaux pour les fractures obliques ou compliquées de la jambe et pour les lésions graves du cou-de-pied, par le docteur BEAU de Toulon. *(Archives de médecine navale;* 1872, *n° 4.)*

Les avantages des appareils que décrit l'auteur de ce mémoire peuvent se résumer ainsi :

1° — La suspension du pied par sa pointe, ce qui permet d'éviter les eschares du talon, et d'élever le fragment inférieur dans les fractures obliques du tibia;

2° — L'indépendance complète du lit et de l'appareil suspendu, ce qui permet une immobilisation absolue;

3° — L'application d'un hamac de sangles dans la partie médiane de la planchette de Gaillard (de Poitiers); ce qui permet d'agir sur les fragments, et de découvrir pendant le pansement les plaies du membre, sans produire le moindre ébranlement. R.

Étude et description d'appareils hyponarthéciques à double plan pour les fractures et les traumatismes articulaires graves du membre supérieur, par le docteur BEAU de Toulon. *(Archives de médecine navale;* 1872, *n° 5.)*

L'auteur constate que dans bien des cas de fractures compliquées du membre supérieur, les appareils inamovibles ne peuvent être appliqués. On a d'habitude recours au pansement avec les bandelettes séparées.

Regrettant les inconvénients qui s'attachent à cette pratique, il propose d'employer des appareils suspendus à double plan, consistant en un hamac, formé d'un cadre en fort fil de fer, portant une série de sangles; hamac suspendu, formant le premier plan et logeant le membre malade. Ce hamac lui-même repose dans une gouttière suspendue, formant le second plan.

De plus, si l'on doit ou veut éviter le séjour au lit, l'auteur propose un second appareil du même genre, mais qui se suspend à des crochets que supporte une ceinture thoracique fixée sur le malade. R.

Ueber die Behandlung der Schädelfracturen mit Depression (Traitement des fractures du crâne avec enfoncement), par F. BUSCH. *(Archiv f. klinische Chirurgie, XVe vol., 1er fasc., p. 37.(*

L'auteur rapporte 6 cas de fracture avec enfoncement.

Dans l'un d'eux, fissure très-longue, avec léger enfoncement d'un des bords; la guérison survient sans relèvement du fragment, mais après de longs accidents cérébraux.

Dans 3 autres, le relèvement primitif des fragments enfoncés amène la guérison sans aucun trouble persistant des fonctions.

Dans 2 derniers cas, le relèvement primitif n'ayant pas été fait, les troubles ultérieurs exigent le trépan consécutif et l'opération est suivie de mort.

L'auteur, dans tous les cas, se montre partisan du trépan primitif;

l'expectation ne mettant pas à l'abri du relèvement tardif des fragments, qui est une opération bien plus grave que le trépan primitif.

PAUL BERGER.

On a new method of treating ulcers, par Philip COWEN. (*The Lancet*, 16 *nov.* 1872, *t. II, p.* 705.)

Des idées théoriques, à coup sûr contestables, sur les causes qui empêchent la réparation de certains ulcères, ont conduit l'auteur à appliquer sur les surfaces malades un mélange destiné à *nourrir localement* la plaie.

La mixture employée est composée de farine, quatre onces; gomme arabique, une once; gomme adragante en poudre, une demi-once; œuf, un; craie, deux drachmes; eau froide, une pinte. On fait chauffer le tout jusqu'à commencement d'ébullition.

Ce mucilage est appliqué trois ou quatre fois par jour sur l'ulcère par les malades eux-mêmes. Vingt malades affectés d'ulcères anciens de la jambe, traités de cette façon, ont, pour la plupart, guéri en quelques semaines.

L'auteur poursuivra sans doute ses expériences, qui mériteraient d'être confirmées par d'autres observateurs. Il dit avoir vu sous l'influence de ces applications des îlots cicatriciels se former au centre de l'ulcère aussi bien que sur les bords, résultat que l'on n'a pu obtenir jusqu'ici qu'à l'aide des greffes épidermiques.

E. D.

Removal of entire scalp; wound healed by skin grafting, by S. BARTLETT of Waterbury (Connecticut). (*The American Journ. of med. sc., Philadelphie; octobre* 1872, *p.* 573.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans dont le cuir chevelu fut enlevé par une machine. — Quand la suppuration fut établie, la malade et quelques-unes de ses amies fournirent des greffes qui furent appliquées au nombre de cent cinquante, suivant la méthode de Reverdin. — Au bout de cinq mois, la plaie était au deux tiers cicatrisée, lorsqu'un érysipèle détruisit presque toutes les greffes. — Quatre mois après, la plaie paraissant dans de bonnes conditions, Bartlett recommença l'application de greffes successives et obtint une cicatrisation complète.

CH. PÉRIER.

Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie, par le Dr G. DIEULAFOY. (*Br. in-8°, 40 p.; G. Masson,* 1872.)

Cette brochure contient quelques observations qui démontrent l'innocuité de la ponction aspiratrice faite à l'aide de trocarts capillaires, dans le but d'établir le diagnostic des kystes du foie. Plusieurs ponctions simples suffisent, dans quelques cas, pour amener la guérison radicale.

La seule observation d'abcès montre l'effet curateur de deux ponctions aspiratrices simples.

Ueber parenchymatose Injectionen zur Zertheilung von Geschwülsten (Résorption de tumeurs amenée par des injections interstitielles), par HEINE. (*Archiv f. klinische Chirurgie, vol. XV, 1re livraison, p.* 80.)

Les observations rapportées par l'auteur sont de deux ordres : les unes sont des cancers où, suivant la méthode employée déjà par Thiersch, Nussbaum, Lücke, il a injecté une solution étendue d'acide chlorhydrique ; dans les trois cas qu'il cite, il survint une fièvre intense, et une nécrose moléculaire avec résorption de la tumeur qui se rétracta. Dans un de ces cancers même, les ganglions axillaires, engorgés auparavant, auraient disparu spontanément.

A côté de ces résultats trop brillants et trop peu nombreux, il faut noter deux insuccès; l'auteur avait injecté de la teinture d'iode dans la prostate hypertrophiée. Dans un cas la prostate n'a pas diminué, et H... s'en console en se disant qu'elle n'a pas suppuré ; dans l'autre, elle a suppuré et H... s'en console encore en voyant que son malade n'est pas mort et que la prostate a un peu diminué. Quoi qu'il en soit, des succès aussi mitigés feront peut-être réfléchir un chirurgien un peu plus difficile.

PAUL BERGER.

On certain fatty or lipomatous tumours and their treatment by absorption (Sur certaines tumeurs graisseuses ou lipomateuses et leur traitement, par absorption), par John GAY. (*The Lancet,* 26 *oct.* 1872, *II, p.* 593.)

Certaines tumeurs graisseuses qui se développent, parfois en nombre considérable, aux bras, aux cuisses, aux fesses, offrent, d'après l'auteur, des caractères qui les différencient des lipômes, notamment leur consistance plus grande et leurs connexions plus intimes avec le derme. Elles sont assez rares, et J. Gay n'a pas eu occasion d'en faire l'examen anatomique. Dans quelques cas il a conseillé, d'après B. Brodie, l'usage interne d'une solution alcaline de potasse ; mais il ignore quel a été le résultat de ce traitement.

Dans un autre cas, chez un malade d'âge moyen, fort maigre, qui portait un certain nombre de ces tumeurs depuis plusieurs années, il eut l'idée de prescrire des bains très-chauds et fréquemment répétés. A la suite de ce traitement, plusieurs tumeurs disparurent complétement; les autres se réduisirent à un simple noyau.

M. Gay, en employant ce moyen a eu l'intention de faciliter l'absorption de la graisse qui constitue ces tumeurs, en la liquéfiant par la chaleur. Il se demande, non sans raison, s'il faut voir, dans le succès qu'il a obtenu un résultat du traitement ou une simple coïncidence.

E. DELENS.

On the removal of portions of the diseased tissues in cases of carcinoma uteri (Sur l'ablation partielle des tissus malades dans les cas de cancer utérin), par Alexandre R. SIMPSON. (*Brit. Med. Journ.*, 19 *oct.* 1872, *p.* 436.)

Dans ce mémoire, lu à la séance du *British Medical Association*, à Birmingham, l'auteur passe en revue les dangers que peut offrir, dans ces cas, l'intervention chirurgicale, tels que l'hémorrhagie, la douleur, l'aggravation de la maladie, les chances de mort. Ils lui paraissent bien compensés par les avantages que présente cette intervention, à savoir l'arrêt des hémorrhagies, la suppression de la leucorrhée, la diminution de la douleur, la prolongation de la vie. Il rapporte quatre observations à l'appui.

Les cas qui réclament l'intervention opératoire ne sont pas seulement ceux où il existe une excroissance en chou-fleur ou un épithélioma en forme de champignon au niveau du museau de tanche, le col étant sain, mais ceux de masses encéphaloïdes saignantes et même de squirrhes ou d'autres variétés offrant une surface excavée, lorsque l'ulcération n'a pas encore perforé les parois de l'utérus et du vagin.

L'emploi du galvano-cautère, lorsque le col est sain et la tumeur pédiculée, donne un très-bon résultat. Avec la chaîne de l'écraseur de Chassaignac on obtient aussi, avec moins d'embarras, un résultat non moins satisfaisant.

Quand la masse est sessile et pénètre profondément, Simpson emploie l'ongle du doigt ou la curette de Récamier pour enlever les tissus malades.

Après cette ablation, il applique sur les surfaces une solution de perchlorure de fer dans la glycérine, ou le sulfate de fer. Il s'est aussi servi d'une solution saturée de chlorate de potasse. Dans un cas de Fabbri de Bologne, ce dernier moyen a procuré un arrêt de près de trois années dans la marche de la maladie. E. D.

Remarks on the treatment of malignant diseases of the uterus (Remarques sur le traitement du cancer de l'utérus), par Alfred WILTSHIRE. (*British med. Journ.*, 2 *nov.* 1872, *II*, *p.* 488.)

L'auteur passe en revue les ressources de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement du cancer de l'utérus, et vante surtout le grattage ou l'abrasion des surfaces malades, les applications d'acide chromique, et, lorsque le corps de l'organe est envahi, l'emploi de la curette. Mais ce qui fait l'intérêt de ce Mémoire, c'est une observation d'*élimination de la totalité de l'utérus* dans un cas de cancer. Après une amélioration passagère, à la suite de cette expulsion, il y eut récidive dans les parois du vagin. Ce fait est à ajouter à ceux dont parlent Scanzoni, Rokitansky, Kiwisch, Virchow, Aran.

E. D.

Exturpation of the entire parotid gland for the removal of a fibroid tumour in that region, with ligation of the vertebral carotid artery and jugular vein, and

division of portio dura nerve, etc., by J. H. B. M'CLELLAN, M. D. of Philadelphia. (*The Americ. Journ. of Med. Sc., oct.* 1872, *p.* 417.)

La tumeur récidivée était énorme et proéminait dans le pharynx. — La ligature de la jugulaire interne fut pratiquée pour cette seule raison que ce vaisseau était dénudé au fond de la plaie. — Le 14e jour il y eut une légère hémorrhagie veineuse qu'une simple compression fit cesser; le lendemain il se forma un assez vaste abcès. — Le 17e jour, la ligature de la carotide tomba. —Le 26e jour, nouvelle hémorrhagie veineuse très-alarmante, suivie de l'apparition d'un abcès étendu jusqu'à la clavicule. — Cependant la cicatrisation se fit.

Onze mois après l'opération la malade était parfaitement guérie, sans trace de nouvelle récidive.

Il n'est point fait mention de ce que devint la ligature de la jugulaire.

CHARLES PÉRIER.

Des kystes sébacés et de leur traitement par les injections de tartre stibié, par A.-M.-C. GREUELL. (*Thèse de doctorat; Paris,* 1872, *in-4o,* 48 *pages.*)

Ce mode de traitement des kystes sébacés est une application de la méthode de *substitution parenchymateuse* préconisée par Luton (de Reims) et employée en Allemagne par Kraft-Ebing. M. Boeckel s'en est servi plusieurs fois avec succès. Il fait usage d'une solution au trentième injectée avec la seringue de Pravaz. Les quatre observations rapportées dans cette thèse viennent à l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement. Ainsi que le dit l'auteur, il n'y a qu'une seule contre-indication son emploi : c'est le siége, du kyste à opérer, sur l'une des paupières.

E. D.

Remova of the both astragali in a case of severe double talipes (Ablation des deux astragales dans un cas de pied bot double, très-prononcé), par Edward LUND. (*Brit. Med. Journ.,* 19 *oct.* 1872, *p.* 438.)

Dans un cas de pied bot varus-équin double, congénital, chez un enfant de sept ans soumis antérieurement à un traitement orthopédique et à la section des tendons, E. Lund, après avoir épuisé les autres moyens sans succès, n'a pas craint de pratiquer l'*extirpation des deux astragales* pour ramener le pied à une bonne position. Il s'est fondé, pour entreprendre cette opération, sur les bons résultats qu'a donnés l'extirpation de l'astragale dans les cas de luxations compliquées de plaie.

L'opération pratiquée le 17 mai 1872 a été laborieuse pour le pied gauche; l'astragale ne put être extrait sans enlever en même temps un fragment de la malléole externe et du scaphoïde. Elle fut terminée grâce à l'emploi d'un crochet tranchant sur sa concavité. Pour le pied droit l'extirpation fut beaucoup plus facile et faite tout entière avec cet instrument ; les os voisins ne furent pas intéressés.

Le 30 septembre, le jeune malade, qui portait depuis un mois la bot-

tine du Dr Sayre pour le traitement du pied bot, marchait très-bien sans aucune aide.

L'auteur cite un cas analogue dans lequel M. Solly fit l'extirpation du cuboïde, mais avec moins de bonheur.

Malgré le succès obtenu, et que Lund attribue, en grande partie, à l'emploi du pansement de Lister, l'extirpation de l'astragale doit être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme une ressource extrême et périlleuse dans le traitement du pied bot. E. DELENS.

Résections.

Ueber Resection des Kniegelenks (Résection du genou), par METZLER. (*Archiv f. klinische Chiru gie, XVe vol., 1re livraison, p.* 29.)

Sur 11 cas, l'auteur a observé 7 succès et 4 morts, dont 2 par tuberculose, 1 par pyohémie, 1 par dégénérescence amyloïde. — Il insiste particulièrement sur la nécessité de renoncer entièrement à l'établissement d'une nouvelle articulation. Dans l'opération il met un soin extrême :

1° — Aux incisions (au nombre de 2 à concavités opposées, se réunissant au niveau des condyles par leurs angles) ;

2° — A l'extirpation de la rotule ;

3° — A l'ablation de tous les tissus malades ou en suppuration, ou capables de fournir à la suppuration ;

4° — A l'immobilisation absolue dans une gouttière, et l'emploi d'une pointe de Malgaigne, pour fixer l'extrémité inférieure du fémur et empêcher la subluxation du tibia. PAUL BERGER.

A case of resection of the knee for bony ankylosis with the limb in faulty position (Observation de résection du genou pour une ankylose osseuse avec position vicieuse du membre), par James E. ADAMS. (*Brit. med. Journ., 26 oct.* 1872, *II, p.* 461.)

Chez un jeune garçon de 14 ans qui présentait, depuis l'âge de dix-huit mois, une ankylose à angle droit du genou droit, sans aucune trace de mobilité, James E. Adams tailla un lambeau cutané antérieur, et par deux traits de scie enleva un fragment osseux en forme de coin. Pour éviter de blesser l'artère poplitée, il eut soin de réunir les deux traits de scie avant d'avoir atteint la partie postérieure de l'os. Il acheva la section avec le ciseau. Le membre fut ramené dans l'extension et devint assez solide pour supporter le poids du corps.

E. D.

De la résection simultanée de la diaphyse du cubitus et du radius dans les fractures compliquées de l'avant-bras, par le prof. T. MOUTET. (*Mémoires de médecine et de chirurgie, IIIe série, p.* 109-135 ; *Montpellier,* 1872.)

Après une courte notice sur l'historique de cette opération, l'auteur en cite une nouvelle observation qui lui est personnelle et qui se résume ainsi :

Fracture comminutive de l'avant-bras gauche compliquée de l'attrition des parties molles de la face dorsale et coïncidant avec une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un adulte. — Guérison de la fracture de l'humérus dans le temps ordinaire. — Accidents divers du côté de la fracture de l'avant-bras : infiltration sanguine due à la déchirure de l'artère interosseuse, phegmon diffus, gangrène, pourriture d'hôpital. — Dénudation des os de l'avant-bras dans leur partie moyenne. — Résection simultanée de la diaphyse du cubitus et du radius. — Conservation du membre et rétablissement d'une partie de ses fonctions, malgré une perte de substance définitive de 11 centimètres, pour le premier, et de 5, pour le second.

M... conclut de cette observation, suivie de quelques remarques critiques, que la résection diaphysaire des os de l'avant-bras est plus souvent indiquée que ne le pense Ollier; que les lésions des parties molles, leur gangrène commençante, etc., ne sont point, comme le veut Heyfelder, un motif d'exclusion absolue pour cette opération ; qu'il y a lieu, à côté des résections primitives et secondaires, d'en pratiquer de tardives. Il entre dans quelques détails sur le manuel opératoire, puis sur les résultats qu'il a obtenus. L'absence de cal osseux serait fréquente dans les résections diaphysaires tardives ; quant aux fonctions de l'avant-bras et de la main, très-incomplétement rétablies dans ce cas, elles seraient généralement l'objet d'un retour à peu près complet. (Obs. de Fricke et de A. Guérin.) PAUL BERGER.

De la résection du coude, par A. AUGÉ. *(Thèse de Paris*, 1872, *n°* 431.)

Le but principal que se propose l'auteur de ce travail est d'indiquer les avantages que présente une modification apportée par M. Broca dans la résection sous-capsulo-périostée du coude.

Cette modification consiste dans la conservation de l'olécrane, en tout ou en partie, suivant qu'il est oui ou non malade, afin d'obtenir l'extension active de l'avant-bras sur le bras.

L'idée n'est pas nouvelle, mais le procédé l'est.

L'auteur indique ensuite la méthode de résection sous-capsulo-périostée en cinq temps, de M. Ollier. C'est celle suivie par M. Broca dans les quatre premiers temps ; mais au cinquième temps, M. Broca, au lieu de dénuder le périoste pour le sectionner, comme le fait M. Ollier, fait au contraire saillir cet os, examine l'olécrane, et alors, si le crochet n'est pas en entier malade, il enlève les parties altérées avec une rugine et laisse le reste afin de conserver les insertions du triceps et du brachial antérieur.

L'auteur insiste sur les avantages de cette méthode.

En effet, en laissant une portion de l'olécrane adhérente au périoste, on a plus de chance d'avoir une belle reproduction osseuse; cette portion osseuse sert de centre d'ossification, puis elle laisse intacts les points d'attache.

M. Augé fait remarquer que la conservation de l'olécrane n'augmente pas la gravité de l'opération; que le crochet olécranien peut être souvent conservé en tout ou en partie.

Il termine en donnant l'observation du malade de M. Broca, en insis-

tant surtout sur ce fait, qu'après guérison, cet homme jouissait dans le coude réséqué de tous les mouvements d'une articulation normale.

R. G.

De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation de membres thèse pour le doctorat en médecine, par Charles PILLET. *(Thèse de Paris* 1872.)

Thèse faite sous l'inspiration du professeur Verneuil, qui déjà, en 1858 (*Journal de physiologie*), montrait les avantages qu'on pouvait tirer de l'extension forcée pour l'hémostase artérielle, et, en 1871, signalait à la Société anatomique et à la Société de chirurgie certains dangers de la compression digitale dans la pratique des amputations.

La critique de la compression en général et de la compression digitale en particulier, fait le sujet du premier chapitre. La compression digitale, d'après l'auteur, 1° n'est pas toujours facile ; 2° elle est souvent douloureuse ; 3° elle peut provoquer une phlébite par la compression de la veine avoisinant l'artère.

Dans la méthode nouvelle de M. Verneuil, on fait une amputation de membre comme une ablation de tumeur. L'artère principale du membre n'est pas comprimée ; le chirurgien fait immédiatement l'hémostase définitive pendant le cours de l'opération, et lie les artères à mesure qu'il les découvre.

Après l'exposé général de la méthode, l'auteur indique les modifications applicables à chaque amputation en particulier. Puis il conclut à l'utilité des principes nouveaux posés par le professeur Verneuil, se fondant sur ce que la ligature préliminaire des artères, avant la fin de l'opération, préviendrait l'hémorrhagie, dispenserait d'un aide, permettrait presque d'amputer seul ; la durée de l'opération ne serait d'ailleurs pas sensiblement augmentée, et les phlébites consécutives seraient moins à craindre.

G. RICHELOT.

Du trépan dans les plaies de tête ; notes et observations, par F. MOUTET. (*Mémoires de médecine et de chirurgie ; IIIe série, p.* 325-663.)

Ce mémoire renferme d'abord quelques considérations à propos de la discussion de la Société de chirurgie sur le trépan. — Puis l'auteur insiste sur les difficultés que l'on rencontre dans l'appréciation de son opportunité. Il s'appuie sur quatre observations de fracture du crâne, dont une seule a été traitée par le trépan. — Dans deux cas, les signes qui semblaient réclamer son application étaient dus à des lésions indépendantes, éloignées du foyer de la fracture. — Dans deux autres, les lésions étaient trop diffuses pour qu'une application de trépan, même faite en lieu convenable, pût y remédier.

L'auteur discute les signes sur lesquels l'indication doit être établie (douleur, hémiplégie, convulsions). Il se demande ensuite quel est le moment opportun pour l'opération, et incline pour son urgence immédiate dès l'apparition des signes caractéristiques. Il termine en envisageant les

dangers du trépan, dont, somme toute, il est partisan dans plusieurs indications qu'il spécifie.

La 3e observation du Mémoire est intéressante ; elle a trait à l'ouverture par le trépan et par le bistouri d'un abcès profond du cerveau.

PAUL BERGER.

De quelques restaurations partielles de la face, par J.-M. BOURGEOIS. *(Th. de Paris,* 1872.)

Cette thèse contient la description d'un procédé nouveau d'autoplastie, imaginé par le Dr Duploüy, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. Ce procédé a reçu de son auteur le nom de procédé du *pont porte-lambeau.* Il a été employé trois fois pour des réparations de la paupière inférieure après ablation de tumeurs épithéliales. M. Duploüy en a fait usage dans un quatrième cas, pour fermer l'orbite après en avoir enlevé le contenu en partie détruit par une cancroïde. Les quatre observations sont reproduites dans le travail de M. Bourgeois.

E. D.

The improved galvano-puncture needles; their construction, use, and mode of application, etc., par Alex. MURRAY. (*Medical Record.,* 1er *nov.* 1872, *p.* 461.)

On trouve dans ce mémoire une description minutieuse des aiguilles à galvano-puncture employées pour le traitement des tumeurs par l'électrolyse, ainsi que la manière de les appliquer pour la cure des tumeurs érectiles et de l'hydrocèle. L'auteur dit avoir opéré avec succès 17 cas de nœvi, et pense qu'en adoptant la disposition des aiguilles qu'il propose on obtiendra toujours la destruction des tissus par une seule application. Au début, il a été obligé, dans quelques cas, de faire deux applications et même, une fois, trois applications des aiguilles.

E. D.

Laryngotomie et Trachéotomie.

Die erste Tracheotomie mittelst der Galvanokaustik in Deutschland, wegen einer die Glottis von unten verschliessenden Neubildung (Première trachéotomie pratiquée en Allemagne, au moyen de la galvanocaustique, dans un cas d'oblitération de la glotte à sa partie inférieure, par une néo-formation), docteur VOLTOLINI. *(Berlin. klin. Wochensch.* 7 *octobre* 1872.)

L'opération réussit parfaitement. Et, sans vouloir faire l'analyse de ce cas, nous devons signaler pourtant les détails suivants, sur lesquels l'auteur appelle l'attention. On dut renoncer à endormir le patient pour l'opérer, parce que le chloroforme avait déterminé un arrêt des mouvements respiratoires et une syncope ; néanmoins, le malade, interrogé après l'opération, à différentes reprises, déclara n'avoir ressenti aucune douleur pendant la section des tissus, tandis que l'introduction d'érignes

mousses pour écarter les lèvres de la plaie lui fit éprouver une sensation de brûlure.

Il restait à débarrasser le malade de sa tumeur, ce qu'on remit à une autre séance; mais, lorsque Voltolini voulut en faire l'ablation, il fut bien surpris de ne plus retrouver cette tumeur qui avait été constatée à plusieurs reprises et par différentes personnes, au moyen du laryngoscope. Il en restait encore pourtant quelques petites traces, quatorze jours après la trachéotomie, et l'auteur suppose que la masse a été mortifiée par le couteau galvanique et entraînée par la suppuration. Se fondant sur l'état du larynx, et malgré l'absence de tout autre symptôme caractéristique, Voltolini pense à une production de la diathèse tuberculeuse.

La relation de ce fait se termine par un historique dans lequel l'auteur rappelle que ce nouveau procédé de trachéotomie, dont la première idée fut exprimée il y a dix ans, par Middeldorpf, ne fut pourtant mis à exécution, pour la première fois, que par M. Verneuil. J. B.

Tracheotomie und Laryngotomie, par C. HUETER. (*Handbuch d. allgemeinen u. speciellen Chirurgie v. Pitha u. Billroth, IIIe vol., 1re partie, 5e livraison; Erlangen, Enke,* 1872.)

Ce fascicule comprend :

Un index bibliographique assez complet des travaux parus sur ce point depuis 1866.

Chap. I. *Historique.* — Chap. II. *Indications de la trachéotomie*, comprenant celles du tamponnement préventif de la trachée dans certaines opérations chirurgicales. A propos du croup, l'auteur se lance dans des considérations étendues sur la nature de la diphthérie, dont il fait une infection produite par les monades ; sur son identité avec le croup, etc. — Chap. III. *Méthodes,* que l'auteur divise en trachéotomie inférieure, moyenne et supérieure, et crico-thyréotomie. — Chap. IV. *Technique de l'opération.* Ce chapitre renferme l'étude des préliminaires, du procédé opératoire, des principales complications et des moyens qu'on leur oppose; la description des canules. — Chap. V. *Traitement consécutif;* on y trouve la description des complications consécutives, auxquelles on ne sait pourquoi l'auteur joint celle des paralysies diphthéritiques, qui ne se rattache pas à son sujet, celle de la cicatrisation de la trachée, la discussion du moment où la canule doit être enlevée. — Chap. VI. *Affections tardives produites par la trachéotomie.* Nécrose des cartilages, phlegmons, granulations trachéales, ulcère par compression de la trachée, fistules trachéales et leur traitement. — Chap. VII. *Statistique.* — Chap. VIII. *Laryngotomie*, indications, procédé opératoire, paralysie consécutive des cordes vocales. — Extirpation du larynx. PAUL BERGER.

Warty growths in larynx removed by thyrotomy (Tumeurs verruqueuses du larynx, enlevées par la laryngotomie). (*Brit. med. Journ., 28 septembre* 1872, *p.* 354.)

Il s'agit d'un garçon de 5 ans. Les symptômes remontaient à dix-huit mois. La dyspnée obligea à faire la trachéotomie le 28 juin 1871. Le 3 août,

on pratiqua la section du cartilage thyroïde et l'on enleva les petites tumeurs. Quelques autres furent rejetées par la bouche en décembre. Il fallut faire de nouveau la thyrotomie le 8 mars 1872; on cautérisa avec le crayon de nitrate d'argent après l'ablation des tumeurs. Une récidive obligea M. Colley à pratiquer de nouveau cette opération et à faire la cautérisation au nitrate d'argent. Le cartilage thyroïde fut complétement divisé sur la ligne médiane, puis après ablation des tumeurs, la plaie fut fermée avec deux points de suture. Une canule a été laissée à demeure dans la trachée.

Le chloroforme a été employé pendant cette opération. La respiration s'est suspendue un moment, et il a fallu faire la respiration artificielle. M. Colley se propose de cautériser l'intérieur du larynx avec une solution de nitrate d'argent pendant une semaine. E. D.

Remarks on tracheotomy, par Liewelyn M. THOMAS. (*The Lancet*, 28 *sept.* 1872, *p.* 446.)

L'auteur considère comme très-utile l'administration du chloroforme pendant cette opération. Elle diminue beaucoup le spasme et rend l'opération plus sûre chez les jeunes enfants. La libre pénétration de l'air dans les poumons ramène toujours à la vie l'opéré, alors même qu'il était en état de mort apparente à la fin de l'opération.

On ne fait pas usage du chloroforme, en France, lorsqu'on pratique la trachéotomie, dans la crainte d'ajouter à la gêne déjà considérable de la respiration. L'état d'anesthésie dans lequel se trouvent ordinairement les enfants au moment de l'opération, dans les cas de croup, permet généralement de faire la trachéotomie sans résistance de leur part. Cette anesthésie a, comme on sait, été attribuée à la forte proportion d'acide carbonique qui se trouve retenue dans le sang pendant la période asphyxique.

Dans une des observations que rapporte M. Thomas, la trachéotomie faite préventivement eût empêché la mort. L'obstacle à la respiration dépendait d'un abcès sous-périchondrique au niveau du cartilage cricoïde.

E. D.

Einige Fælle von schwierigen Hasenschartenoperationen (Quelques cas d'opérations difficiles de bec-de-lièvre) (clinique chirurgicale du prof. Dumreicher de Vienne), par le Dr E. ALBERT. (*Oesterr. Zeitschr. f. praktische Heilkunde*, 1 *oct.* 1872.)

Obs. — I. Enfant de 6 mois avec fissure double de la lèvre et du maxillaire, le tubercule très-saillant en avant et recouvert d'un lambeau de peau trop large pour être sacrifié. Opération en deux temps; dans le premier, résection sous-périostée du segment triangulaire (d'après la méthode de Blandin), et ce n'est que trois semaines après, la cloison des fosses nasales s'allongeant, et le bout du nez se relevant sensiblement pendant ce temps, que la réunion des lèvres fut pratiquée, ce qui constituait le deuxième temps de l'opération. Cicatrisation par première intention, après cinq jours; résultat relatif, en ce sens, que le bord vermeil du tubercule a adhéré dans l'étendue d'une demi-ligne supérieurement au reste de la lèvre.

L'auteur conclut de cet insuccès partiel que, même lorsque le tubercule est large, on n'obtient guère mieux par la conservation de son bord vermeil. Il est toujours préférable, dit-il, de le remplacer par des lambeaux un peu grands (procédé de Malgaigne). On a soin ensuite de couper le tubercule de telle manière que les bords convergeants de l'incision se rencontrent sur la ligne médiane. Dans le cas de succès incomplet, on n'aurait qu'une seule échancrure au milieu ; le succès complet donnerait par contre une lèvre supérieure identique d'aspect à l'inférieure.

Obs. II. — Enfant d'un mois, fissure double de la lèvre et du maxillaire ; cas différent du premier, en ce sens que le tubercule saillant comme précédemment se continue directement et sans sillon intermédiaire avec le bout du nez ; résection sous-périostée du segment triangulaire de Blandin, après laquelle s'accusait immédiatement un sillon horizontal, indice d'une cloison nasale qui s'est formée, en effet, trois semaines après ce premier temps de l'opération. La réunion de la fissure labiale fut ensuite obtenue par le procédé de Langenbeck.

L'*Obs.* III, — dans laquelle un enfant de trois ans avait une fissure labiale bilatérale simple, sans complication, n'a de particulier que ce fait que, la réunion par première intention à peu près obtenue, l'enfant déchira les adhérences, et que, les fissures refaites, la guérison s'effectua ensuite avec suppuration en trois semaines.

M. KRISHABER.

Notes on Colotomy (indications de l'anus artificiel), par le Dr LAFFAN. (*The Dublin Journal of Med. Sc., octobre* 1872.)

L'opération de l'anus artificiel par la méthode de Callisen ou d'Amussat a été pour la première fois appliquée par Curling à des cas dans lesquels, en l'absence d'obstruction, il se proposait simplement de calmer la douleur et de rendre la vie plus tolérable. Pour Bryant, elle devrait encore être employée avec l'espoir d'obtenir la guérison, dans certains cas d'ulcérations rectales, de fistules entéro-rectales, et même de cancer. Sans aller aussi loin, Laffan la croit indiquée dans le *cancer du rectum* comme moyen de rendre la *vie plus supportable* et même de *la prolonger* en empêchant le contact des matières fécales avec la production morbide. Il rapporte, à l'appui de cette opinion, un fait dans lequel l'opération n'a point eu tout le succès qu'on pouvait en attendre, parce que les matières passaient en partie par l'anus artificiel, en partie par le rectum. Il suffirait, dit-il, pour éviter le retour de cet accident, de suturer les deux parois du bout inférieur de l'intestin (après avoir avivé la muqueuse). Laffan propose la même opération pour certains cas de *paralysie de l'intestin*, chez des vieillards sédentaires, habituellement constipés.

A. SEVESTRE.

Colotomy for epithelioma of the rectum. Guy's hospital. — M. HOWSE. (*Med. Times and Gaz.* 26 *oct.* 1872, II, p. 460.)

Un mécanicien de 47 ans, atteint d'un épithélioma du rectum qui, à son entrée dans le service, admettait à peine l'extrémité de l'index, présentait des hémorrhagies résultant du passage des matières fécales. Ces hémorrhagies l'épuisaient et il avait eu un peu de sensibilité du ventre à la suite

d'une rétention des matières. Le 10 novembre 1871, on établit un anus artificiel à la région lombaire gauche. Les sutures furent retirées le 15 novembre, et le 17 il y eut issue d'une grande quantité de matières par l'ouverture. On avait administré l'opium pour empêcher les selles pendant les premiers jours.

Le résultat de l'opération fut très-satisfaisant, car le 13 octobre 1872 le malade pouvait rester levé une partie de la journée. Il n'y avait pas de selles par l'anus, mais de temps en temps un peu d'écoulement. Il y avait de la tendance à la constipation. L'épithélioma qui s'était probablement étendu avait donné lieu à la formation de deux petits abcès au périnée et à la fesse.

E. D.

New mode of operating for the radical cure of Varicocele, by DAVISON, San-Francisco. (*Pacific. med. and surg. Journal ; mai* 1872.)

C'est une ligature dont le fil entre et sort par le même point du tégument, et qu'on enlève avant que la section des veines commence à s'effectuer.

C. P.

Die operative Behandlung der Blasenscheidenfistel (De l'opération de la fistule vésico-vaginale), von Dr WEISS, Docent in Prag. (*Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 3e *livraison*, 1872.)

L'auteur, après avoir commencé par un historique très-complet et très-udicieux tout à la fois, divise son sujet en 6 parties.

Il examine successivement la préparation de la malade à l'opération, la position que l'on doit lui donner pendant l'opération, l'éclairage de la fistule, l'avivement des bords, la suture et les soins consécutifs. Cet exposé dogmatique est suivi des observations très-complètes de 6 malades opérées par l'auteur.

Il cherche, d'abord, combien de mois après l'établissement de la fistule l'opération doit être pratiquée. Il conclut que l'on doit intervenir, non point au bout d'un espace de temps toujours le même pour toutes les malades, mais aussitôt que les parties lésées ont repris leur vitalité habituelle, époque qui survient du 4e au 5e mois environ.

La préparation de la malade consiste à traiter, d'abord, les complications existant soit du côté du vagin, soit du côté de l'urèthre.

La position à laquelle il donne la préférence pendant l'opération est la position sur le dos, les fesses étant fortement soulevées par des coussins.

Il regarde la position sur le côté comme gênante pour l'opérateur ; celle sur les genoux fatigue beaucoup la malade et s'oppose à l'administration du chloroforme. Il ne donne du reste que rarement du chloroforme, afin d'éviter des nausées et des vomissements capables de faire subir des tiraillements à la suture.

L'éclairage de la fistule se fait avec le spéculum de Sims, et les lèvres de la fistule sont tendues à l'aide d'un cathéter introduit par l'urèthre.

L'avivement se fait suivant la méthode américaine, mais avec le couteau de préférence aux ciseaux. L'emploi de ces derniers expose davan-

tage à laisser de petites parcelles non avivées de muqueuse vaginale dont la présence suffit pour faire échouer la réunion immédiate.

Il rejette l'avivement suivant la méthode de Simon, mode d'avivement qui, intéressant à la fois la muqueuse vaginale et la muqueuse vésicale, laisse la fistule beaucoup plus grande lorsque l'opération vient à échouer.

La suture est pratiquée au moyen de fils de soie passés dans des aiguilles courbes que l'on engage à l'aide du porte-aiguille de Roux.

Il insiste sur la nécessité d'employer des aiguilles et du fil très-fin, afin de diminuer la réaction inflammatoire qu'entraîne leur présence dans les tissus.

Les fils métalliques, à égal volume, lui semblent aussi irritants, et, de plus, leur extraction, qui nécessite toujours une certaine force, expose à déchirer la cicatrice encore très-friable.

Comme soins consécutifs, il rejette entièrement l'emploi de la sonde à demeure, sa présence dans la vessie déterminant des spasmes musculaires et, par suite, des tractions sur les points de suture. Il laisse la malade uriner seule.

Des 6 observations qui accompagnent ce mémoire, les 3 premières comprennent des cas simples de fistule vésico-vaginale, siégeant vers la partie moyenne du vagin. Les 3 malades ont été complétement guéries par une seule opération.

La 4e et la 5e se rapportent à des fistules vésicales intéressant aussi le vagin et le col utérin. Dans la 4e observation, la malade est sortie améliorée après une seule opération.

Dans la 5e, la guérison a été obtenue par une seule opération suivie de la cautérisation au nitrate d'argent.

Enfin, la 4e observation est celle d'une tentative sans succès d'oblitération du vagin, pour une perte de substance considérable occupant la paroi antérieure de cet organe.

F. HUBERT.

A case of vesico-vaginal Fistula, with eversion of the bladder, in which the tongue and groove stuture was used, by W. W. KEEN. (*New-York. Med. Journ. octobre* 1872, *p.* 378.)

C'est un procédé qui consiste à dédoubler l'un des bords de la fistule et à insinuer le bord opposé entre les deux lames de dédoublement.

C, P.

De l'uréthrotomie, par le Dr Félix BROU. (*Lyon méd., n° 21, oct.* 1872, *p.* 237.)

L'auteur prend à partie le traité des opérations des voies urinaires du docteur Reliquet; il cherche à prouver que les méthodes d'uréthrotomie interne de ce dernier n'ont pas la valeur qu'il leur accorde et y oppose ses méthodes et ses instruments : il remplace la bougie souple, conductrice de Maisonneuve, par une bougie en baleine autour de laquelle il glisse une sonde cannelée qui dirige deux lames. Celles-ci peuvent, par un mécanisme, s'écarter et former un triangle qui sectionnne le rétrécissement.

Le docteur Brou n'admet pas de rétrécissements infranchissables, mais seulement des rétrécissements infranchis ; il présente un tableau de ses propres opérations d'uréthrotomie externe, après lesquelles il n'a jamais vu ni la mort, ni de sérieuses complications. Nous ne pouvons que le féliciter de ces magnifiques résultats.

J. C.

Tailles périnéales. Les avantages de la taille bilatérale, par F. PATOUREAU. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Ce travail a pour base 30 observations écourtées, dont 26 relatent des opérations de taille bilatérale faites à Nantes par le père de l'auteur sur des malades de tout âge (de 4 à 82 ans). Ces 26 opérations ne donnèrent que 4 morts.

M. Patoureau combat surtout la lithotritie périnéale qu'il accuse de « réunir toutes les conditions voulues pour produire : l'incontinence d'urine, l'impuissance, la suppuration de la vessie, la déchirure de la prostate et les abcès consécutifs. » Il ne donne pas d'arguments suffisants pour faire partager son opinion.

L. H. FARABEUF.

Clinical lecture on a new method of treating retention of urine and impassable stricture, par Furneaux JORDAN. (*British med. Journ.*, 9 *nov.* 1872, *t. II*, *p.* 517.)

La nouvelle méthode, imaginée par Jordan, consiste à faire à la paroi antérieure du rectum une incision pour pénétrer dans la région membraneuse de l'urèthre, en arrière du rétrécissement, et à conduire avec le doigt l'extrémité d'une sonde flexible, *d'arrière en avant*, à travers le rétrécissement, dans la région spongieuse, pour la faire arriver jusqu'au méat; l'autre extrémité de la sonde, convenablement coupée, peut ensuite être conduite jusque dans la vessie.

Dans un cas, l'auteur a introduit ainsi une sonde n° 6 (filière anglaise), qu'il laissa vingt-deux heures en place. Il put alors faire pénétrer par le méat une sonde n° 8, et au bout de deux jours une bougie n° 12. La fistule rectale guérit en huit jours, avec la seule précaution de sonder fréquemment le malade pour évacuer l'urine.

Trois figures schématiques jointes à ce mémoire montrent la manière de procéder à l'opération. Le bistouri courbe et pointu est conduit avec le doigt dans le rectum, ou bien on se sert d'un *speculum ani* ouvert en avant. Dès que la région membraneuse habituellement dilatée est incisée, le doigt introduit explore le rétrécissement en arrière et guide l'extrémité de la sonde.

Il serait utile, pour cette opération, d'avoir des sondes flexibles terminées par deux extrémités semblables.

La dilatation pratiquée après l'opération à l'aide des bougies paraît être le meilleur mode de traitement. Il n'y a guère à craindre de voir persister la fistule rectale.

Si l'introduction de la sonde dans le rétrécissement était impossible, il

faudrait se contenter d'engager l'autre extrémité dans la vessie et l'y maintenir quelque temps. On essaierait plus tard de franchir le rétrécissement. E. D.

Notes on surgery in Rome; with an account of signor Corradi's instruments for lithotomy (Notes sur la chirurgie à Rome; description des instruments employés par M. CORRADI pour la taille), par J. FAYRER. (*Medic. Times and Gaz.*, 19 *oct.* 1872, *p.* 428.)

Dans un voyage en Italie, M. Fayrer a eu l'occasion de voir opérer à l'hôpital San-Giacomo le professeur Corradi (de Rome). Dans un cas de ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, ce chirurgien a, selon son habitude, dénudé l'artère sur une assez grande étendue; puis après avoir placé deux ligatures, il a *fait la section* du vaisseau entre ces deux ligatures dans le but d'éviter l'ulcération des tuniques, l'hémorrhagie et la suppuration, qui résultent quelquefois de la distension de l'artère.

Pour l'opération de la taille, le professeur Corradi se sert d'un cathéter particulier, de tenettes à charnières et d'un bistouri spécial.

Le cathéter diffère des autres instruments de ce genre en ce qu'il porte au niveau de sa convexité un *dard*, qu'un mécanisme permet de faire saillir lorsque le cathéter est introduit dans l'urèthre. Le dard traverse la portion membraneuse de l'urèthre et le périnée de *dedans en dehors*, et vient sortir à environ dix huit lignes de la marge de l'anus. Il présente une cannelure qui sert à conduire le bistouri jusque dans l'urèthre, et la section des parties molles peut se faire en un seul temps.

Dans les cas de calcul volumineux, le professeur Corradi fait au périnée une incision en S commençant au côté droit du bulbe, se continuant sur le raphé et se prolongeant jusqu'au milieu de la ligne qui unit l'anus à l'ischion. Cette incision donne une plus large voie que celles de la taille bilatérale ou quadrilatérale. Elle a permis d'extraire un calcul de vingt-quatre centimètres de circonférence. La cicatrisation était complète au vingt-deuxième jour.

E. DELENS.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

On Ether as an Anœsthetic, as a safer and more efficient agent than chloroform (De l'éther comme anesthétique et comme plus inoffensif et plus efficace que le chloroforme), par John MORGAN. (*Brit. med. journ.*, 12 oct., II, p. 410, et 23 nov., II, p. 575, 1872.)

Ether as an Anœsthetic, par Henry TRENTHAM BUTLIN. (*Brit. med. journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 463.)

On Anœsthetics, par Thomas JONES. (*Brit. med. journ.*, 30 nov. 1872, II, p. 603.)

Note on the Administration of ether, par John Couper. (*Brit. med. journ.*, 30 nov. 1872. II, p. 603.)

The Administration of Ether, par G. E. Norton. (*Brit. med. journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 629.)

Ether as an Anœsthetic, par H. Greenway. (*Brit. med. journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 630.)

On Anœsthetics, par T. Jones. (*Brit. med. journ.*, 23 nov. 1872, II, p. 575.)

Clinical remarks on chloroform and its administration, par G. Vivian Poore. (*The Lancet*, 12 oct. 1872, p. 521; 26 oct., p. 594 et 16 nov. 1872.)

Anœsthetics and Anœsthesia. (*The Lancet*, 7 déc. 1872, II, p. 828.)

Operation under Chloroform administered during sleep (Opération pratiquée avec le chloroforme administré pendant le sommeil), par W.-M.-Whitmarsh. (*The Lancet*, 5 oct. 1872, p, 514.) — *Id.* Charles Bell-Taylor (*The Lancet*, 19 oct., p. 586).

Death from Chloroform. (*Brit. med. journ.*, 28 sep. 1872, II, p. 357; 5 oct., II, p. 388; 12 oct., II, p. 418; 30 nov., II, p. 611.)

On Death from Chloroform (De la mort par le chloroforme), par Thomas Green. (*Brit. med. journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 628.)

Death from Chloroform (Mort par le chloroforme), par C. S. Jeafferson. (*Brit. med. journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 630.)

Death from bichloride of Methylene at the Middlesex hospital. (*Brit. med. journ.*, 12 oct. 1872, II, p. 417; 19 oct., II, p. 441.)

Des épanchements purulents de la poitrine, traités par le drainage chirurgical, par M. Chassaignac, membre de l'Académie de médecine. (Paris, Masson, 1872.)

Du traitement chirurgical des tumeurs ganglionnaires du cou, par P. Lambry. (*Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4°, 43 pages.)

Note sur une opération de polype naso-pharyngien par la galvano-caustie physique, par J. Montano. (*Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4°, 41 pages.)

De la galvano-caustie thermique et de quelques appareils propres à en faciliter l'application, par le docteur E. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n°s 5 et 6.)

Polype naso-pharyngien guéri au moyen de la ligature de son pédicule, par le docteur G. Boyron. (*Mouvem. med.*, n° 15, 12 oct. 1872, p. 143.)

Case of medullary Cancer cured by the arsenical mucilage treatment. Cancer hospital. Dr Marsden. (*Brit. med. journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 496.)

Case of traumatic malignant Onychia successfully treated by means of nitrate of lead (nitrate de plomb), par le docteur Peruzzi. (*The Lancet*, 2 nov. 1872, II, p. 640.)

On the treatment of Wounds by alkaline applications, par R. T. Manson. (*Brit. med. journ.*, 5 oct. 1872, II, p. 379.)

L'innesto epidermico (greffe épidermique) e la trapiantazione cuta nea nella cura delle piaghe per Luigi Amabile (estratto dal movimento medico-chirurgico) con due tavole litografiche. Naples 1871.

De la greffe dermo-épidermique, par G. Bercaru. (*Thèse de doctorat.* Paris, 1872, in-4° de 59 pages.)

Des avantages du coton dans le pansement des plaies, avec perte de substance, par M. E. Tachard. (*Revue médicale de Toulouse*, novembre 1872.)

Traumatic tetanus treated with hydrate of chloral, recovery, par J.-F. Lovergrove. (*Brit. med. journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 493.)

Tre casi de tatano traumatico, due dei quali curati colla neurotomia, il terzo coll' amputazione (Trois cas de tétanos traumatique, dont deux traités par la névrotomie et le troisième par l'amputation). Note du docteur César Busi. (*Bulletino delle Scienze mediche*, fasc., juillet 1872.)

Trois observations de varices traitées par les injections de perchlorure de fer, par M. le docteur Fontagnères. (*Revue médicale de Toulouse*, 1872.)

Die mechanischen Blutstillungsmittel bei verletzten Arterien, von Paré bis auf die neueste Zeit. Historisch kritische Darstellung mit Rücksicht auf Physiologie (Histoire critique des moyens hémostatiques mécaniques, depuis Paré jusqu'à nos jours, envisagés au point de vue physiologique), par le docteur Albert Adamkiewicz. (*Archiv f. klinische Chirurgie.*, vol. XIV, fascicule 2.)

Ligature des artères, par le docteur L. H. Farabeuf, avec 43 fig. dans le texte. (G. Masson, Paris, 1872.)

Plaie du bras, lésion des gros vaisseaux, ligature, hémorrhagie le 6e jour, désarticulation de l'épaule, mort le lendemain 7e jour. Boston, City hospital, docteur Gay. (*The Boston med. and Surg. journ.*, oct. 1872, t. X, p. 273.)

Lectures on the surgical treatment of Aneurism in its various forms, par Tim Holmes (4e leçon). (*The Lancet*, 9 nov. 1872, II, p. 663.) — *Id.* (*The Lancet*, 16 nov. 1872, II, p. 697.)

Femoral Aneurism; treatment by compression; cure; par M. Jessop. (*The Lancet*, 2 nov. 1872, II, p. 632.)

Femoral Aneurism; ligature of external iliac artery; recovery. M. Jessop. (*The Lancet*, 12 oct. 1872, p. 527.)

Popliteal Aneurism, cured by the ligature of the femoral artery after Failure of compression. St. Bartholomew's hospital. Dr T. Smith. (*The Lancet*, 23 nov. 1872, II, p. 741.)

Popliteal Aneurism cured by digital Compression in eight Hours. St. Thomas's hospital. M. Mac-Cormac. (*Brit. med. journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 496.)

Popliteal Aneurism, digital Pressure; ligature of femoral artery. M.-A.-S.-G.-Jayakar. (*Med. Times and Gaz.* 2 nov. 1872, II, p. 488.)

Tre fatti di occlusione intestinale et considerazioni sulla gastrotomia negli strangolamenti interni (Trois faits d'occlusion intestinale et considérations sur la gastrotomie dans les étranglements internes), par TEMPESTI. Florence, 1872.

De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales, par P. DOLIGER (Thèse de doctorat, Paris, 1872, n° 417.)

Case of radical cure of inguinal hernia, M. F. B. JESSETT. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 599.)

Is hernia curable? par CARSTEN HOLTHOUSE. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 462.)

Is hernia curable? par JOSEPH LAWRENCE. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 463.)

Is hernia curable? par CHARLES SPRIGGE. — Id. par L. OWEN FOX. (*Brit. Med. Journ.* 2 nov. 1872, II, p. 494.)

Hernie inguino scrotale volumineuse, opération par M. MOLINIER. (*Revue médicale* de Toulouse, nov. 1872.)

Sur l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans une anse intestinale herniée et étranglée, au sujet d'une observation intéressante présentée par M. le docteur BAILLY, médecin à Chambly. Rapport fait à la Société de chirurgie par M. le docteur DEMARQUAY. (*Un méd.*, 7 déc. 1872, n° 145, p. 879.) L'intérêt de cette note consiste dans ce fait que l'aspiration fut exécutée lorsque l'intestin eût été mis à nu : la malade guérit. Le rapporteur fait valoir les avantages de cette pratique.

Ueber die Resection in Kniegelenk nach Schussverletzungen (De la résection du genou dans les blessures par armes à feu). Docteur FEHR. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, II, 18 nov. 1862.)

Chronic inflammation of the knee : Excision (résection du genou). M. HENRY SMITH. (*Brit. Med. Journ.*, 9 nov. 1872, II, p. 525.)

Résection totale du maxillaire supérieur — Observations et réflexions, par F. MOUTET. (Mélanges de médecine et de chirurgie. IIIe série., p. 169. Paris, 1872.)

Two cases of excision of elbow-joint (Deux observations de résection du coude). London hospital. M. RIVINGTON. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct. 1872, II, p. 467.)

Excision of elbow (Résection du coude). St Thomas's hospital). M. Mac CORMAC. (*Brit. Med. Journ.*, 2 nov. 1872, II. p. 496.)

De la résection de l'épaule par la méthode sous-périostée. Nouveaux faits cliniques démontrant la reconstitution de l'articulation sur son type primitif, par le Dr VIENNOIS. (*Gazette hebdom.*, 1872, n° 35.)

Hip-disease; excision (Coxalgie; résection) par William FERGUSSON. (*Brit. Med. Journ.*, 9 nov. 1872, II, p. 526.)

Excision of knee-joint. — Dr ASKHURST. — 24 mars 1870. — Proceedings of the *Path. Soc. of Philadelphia*, v. III, 1871, p. 164. — Enfant de 10 ans. — Lésions chroniques. — Guérison avec un angle léger. — Marche sans appui. — Raccourcissement de 2 3/4 pouces.

Excision of knee (Résection du genou). — St Thomas's hospital. M. Jones. (*Brit. Med. Journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 498.)

De l'aspiration comme méthode thérapeutique, par le docteur Hennequin. (*Archives générales de médecine*, nov. et déc. 1872.)

Illustrations of the surgical uses of the pneumatic aspirator, par T. R. Jessop. (*Brit. Med. Journ.*, 7 déc. 1872, II, p. 625.)

Extemporised fracture apparatus (Appareil de fracture improvisé), par Patrick Downey. (*Brit. Med. Journ.*, 5 oct. 1872. II, p. 381.)

Remarques sur les appareils employés dans le traitement des fractures compliquées. — Des attelles plâtrées combinées avec la suspension élastique, par P. L. Buty. (Thèse de doctorat. Paris, 1872, in-4° de 39 pages.)

Note sur l'emploi de la boîte gouttière à suspension, comme annexe des moyens de transport, dans les cas de fractures des membres, en campagne et à l'intérieur. — Lue à la société médicale d'émulation, 3 fév. 1872, par le docteur Philippe, médecin principal d'armée en retraite. (*Un méd.* 12 nov. 1872, p. 737.)

Uber die Behandlung einfacher Oberschenkel Fracturen mittlelst Gewichtsextension (Traitement des fractures du fémur par l'extension au moyen du poids du corps), par Alfred Bidder. (*Arc. f. klinische Chirurgie*, vol. XV, 1re livraison, p. 58.)

Amputation of the knee-joint. — H. Gibbons. (*Pacific Med. and Surg. Journ.*, sept. 1872.)

Amputation near the hip (Amputation au voisinage de l'articulation coxo-fémorale. — King's college hosp. Smith. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442. — *Id. The Lancet*, 19 oct. 1872, p. 559.)

Amputation at the thigh for disease above the knee (Amputation de la cuisse pour une affection siégeant au-dessus du genou). — Guy's hosp. Birkett. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct. 1872, p. 442.)

Amputation of the foot at the ankle (Amputation du pied dans l'articulation). — St Bartholomew's hosp. Savory. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442.)

Amputation of both legs ; recovery. (Amputation des deux jambes ; guérison). Dr Luke Armstrong. (*The Lancet*, 7 déc. 1872, II, p. 814.)

Quadruple amputation. (*Brit. Med. Journ.*, 5 oct. 1872.)

On subcutaneous orthopædy versus knee excision for ankylose), par W. J. Little. (*Brit. Med. Journ.*, 38 nov. 1872, II, p. 605.)

Description of an instrument used for talipes equino-varus and varus, par Richard Davy. (*Brit. Med. Journ.*, 16 nov. 1872, II, p. 548.)

Ein Fall von partieller Otoplastik (Cas de restauration partielle de l'oreille), von Dr Eduard Lang. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, XIVe vol, 2e fascicule, p. 406.)

Staphyloraphy ; soft palate closed by first operation ; two subsequent operations for closure of hard palate, par William FERGUSSON. (*Brit. Med. Journ.*, 9 nov. 1872, II, p. 525.)

De la restauration de la lèvre dans le bec de lièvre congénital, par F. MOUTET. (*Mélanges de Méd. et de Chir.*, p. 289.)

Traitement chirurgical des imperforations congénitales du vagin, par J.-J.-A. BONNECAZE. (*Thèse de doctorat*. Paris, 1872, in-4°, 70 pages.)

De l'oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substances, par le Dr HERRGOTT, professeur agrégé à la faculté de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 5, 1er oct.)

Ueber die Entfernung fremder Körper aus dem Katheter während des Katheterisirens (Moyen pour se débarrasser des corps étrangers qui viennent obstruer la sonde pendant le cathétérisme). Dr KLEEFELD. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 25 nov. 1872, n° 48.)

Treatment of strictures of the urethra by laminaria digitata and galvanism. Robert NEWMAN. (*The American Journ. of Med. Sciences*, oct. 1872, p. 583.) Les précautions à prendre dans le choix de la bougie et la nécessité d'empêcher la dilatation au-delà du rétrécissement, paraissent devoir rendre cette méthode d'une application difficile.

Parallèle entre l'uréthrotomie interne et la divulsion. (*Thèse pour le doctorat en médecine*, par A. LHIRONDEL. Paris 1872.)

Lithotomy. — Guy's hosp. M. DURHAM. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1872, p. 442.)

On lithotomy and lithrotity. Leçon clinique professée à Guy's hospital (6e leçon), par J. COOPER FORSTER. (*The Lancet*, 26 oct. 1872, II, p. 591.)

De l'uréthroplastie dans l'hypospadias scrotal, par F. MOUTET. (*Mélanges de Méd. et de Chir.*, p. 263.)

Death after extraction of teeth (Mort après l'extraction de dents), emprunté au *German Quarterly Journal of odontology*. (*Brit. Med. Journ.*, 2 nov. 1872, II, p. 507.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

ANALYSES.

Mycodermes. — Microzymas. — Monades. — Fermentation. — Septicémie. — Infection purulente.

La puissance de nos instruments grossissants, qui nous permet de surprendre la vie dans les formes les plus infimes de la matière organisée, et l'application incessante de la méthode expérimentale à la biologie, ont conduit dans ces dernières années les observateurs à se préoccuper d'une manière spéciale des organismes inférieurs. De tous côtés, en France surtout, de nombreux travaux sont venus démontrer que ces particules très-petites, dernières formes saisissables de la vie et qui sont, pour ainsi dire, les intermédiaires entre les règnes animal et végétal, jouaient vraisemblablement un rôle de premier ordre dans le cercle incessant et infini des transformations de la matière, et devaient avoir, par ce moyen, une importance capitale en physiologie et en pathologie générales. Mais, malgré ces louables efforts, lorsqu'on s'attache à cette étude sans parti pris, sans idée systématique, on reste convaincu, devant les affirmations contradictoires de savants consciencieux, que cette partie de la biologie est encore à peine ébauchée et que le moment n'est pas encore venu de la soumettre à une discussion sérieuse, ni même de chercher à coordonner dans quelques propositions synthétiques les résultats encore controversés de la plupart des travaux qui s'y rattachent.

Nous nous bornerons donc à passer en revue les documents les plus nouveaux et à montrer, par leur rapprochement méthodique, combien est immense le champ embrassé par cette vaste question.

Nouvelle expérience pour démontrer que le germe de la levûre, qui fait le vin, provient de l'extérieur des grains de raisin. (Note de **M. L. PASTEUR**. *Comptes Rendus de l'Académie des sciences*, 7 *octobre* 1872.)

« J'ai préparé quarante ballons, à cols sinueux, du genre de ceux qui m'ont servi à démontrer que l'altération des matières organiques est due à des germes microscopiques en suspension dans l'atmosphère, avec cette différence, que la tubulure du ballon étirée en col de cygne n'est pas seule. Chaque ballon porte une seconde tubulure droite, fermée par un tube en caoutchouc muni d'un bouchon de verre.

« Dans les quarante ballons j'introduis du moût de raisin filtré, parfaitement limpide, et qui, comme tous les liquides un peu acides que j'ai employés

autrefois, demeure intact après son ébullition, quoique l'extrémité du col sinueux soit ouverte.

« Dans quelques centimètres cubes d'eau, je lave un fragment d'une grappe de raisin. Au microscope, je constate l'existence d'une multitude de corpuscules organisés, ressemblant, à s'y méprendre, soit à des spores de moisissure, soit à une levûre alcoolique, soit enfin à du *mycoderma vini*.

« Cela fait, dans dix des quarante ballons, je ne laisse rien ; dans dix autres, je dépose, à l'aide de la seconde tubulure droite dont j'ai parlé, quelques gouttes du liquide d'eau de lavage des grains de raisin. Dans une troisième série de dix autres ballons, je dépose quelques gouttes du même liquide, mais préalablement porté à l'ébulition et refroidi.

« Enfin, dans les dix ballons restants, j'introduis une goutte de jus de raisin pris dans les grains mêmes, non écrasés. A cet effet, la seconde tubulure droite est un peu recourbée et effilée en pointe fine, fermée à la lampe. Cette pointe, à laquelle on a fait, au préalable, un trait de lime, est enfoncée dans un grain de raisin, et, lorsqu'on sent que la pointe effilée touche au support sur lequel se trouve le grain, on presse légèrement, de façon à briser cette pointe au trait de lime. Alors, si l'on a eu soin de déterminer une faible diminution de pression de l'air du ballon, une goutte de jus intérieur du grain de raisin pénètre dans le ballon ; on retire la pointe effilée et on la ferme à la lampe immédiatement.

« Voici les résultats de ces quatre séries d'expériences comparatives. La première série ne donne aucune production ; le moût de raisin reste intact, et il pourra rester tel pendant des années ; dans la deuxième série, on voit apparaître des flocons de *mycelium* et de la levûre de bière, et, les jours suivants, du *mycoderma vini*. Au bout de quarante heures, les dix ballons sont en pleine fermentation si l'on opère à la température de l'été.

« La troisième série n'a pas donné un seul ballon altéré ; le moût est resté limpide comme dans les dix ballons de la première série ; un seul ballon s'est altéré par suite des causes d'erreurs inévitables dans des expériences aussi délicates.

« La conclusion de ces expériences n'est pas douteuse.

« La levûre qui fait fermenter le raisin dans la cuve de vendange vient de l'extérieur et non de l'intérieur des grains. »

Cette communication de M. Pasteur a soulevé, ainsi que l'on pouvait s'y attendre, une discussion entre lui et ses collègues, M. Frémy et M. Trécul.

Note sur la génération des ferments, par M. FRÉMY. (*C. R.*, *p.* 782.)

M. Frémy prétend, comme il l'a toujours soutenu, « que les fermentations qui se produisent en tous lieux et en toutes saisons, ne peuvent pas être soumises au hasard des poussières atmosphériques, et que les ferments, semblables aux principes immédiats des végétaux et aux autres organismes, sont créés par l'organisation même. » Pour lui, toutes les argumentations de M. Pasteur reposent sur une confusion inadmissible entre l'action des moisissures et celle des ferments.

Il admet parfaitement l'existence, à la surface du raisin, de spores qui produisent des moisissures, et que les moisissures déterminent ensuite la fermentation du suc de raisin. Mais il interprète ce fait au profit des idées qu'il a émises sur la génération des ferments, et il oppose aux conclusions de M. Pasteur cette dernière proposition :

« Le fait observé par M. Pasteur rentre donc dans les phénomènes secondaires de fermentation que j'ai signalés ; *mais il n'explique, en aucune façon, la fermentation du moût de raisin qui se produit directement sans l'intermé-*

diaire des moisissures, et sous l'influence du ferment que les cellules du fruit engendrent. »

Dans la discussion qui se poursuit ensuite, pendant plusieurs séances, M. Frémy ne produit pas d'expériences contradictoires; les faits de M. Pasteur restent inattaqués, et l'on ne trouve, dans ce long débat, que le développement des deux interprétations différentes, qui nous paraissent être suffisamment exprimées dans les citations précédentes.

Cependant, sur une invitation de M. Dumas, M. Pasteur expose des faits nouveaux. Nous ne pouvons en donner ici qu'un résumé.

Faits nouveaux pour servir à la connaissance de la théorie des fermentations proprement dites. Note de M. L. PASTEUR. (*Eod. loc., p.* 784.)

Les fermentations proprement dites sont des phénomènes chimiques corrélatifs d'actions physiologiques d'une nature particulière. Leurs ferments sont constitués par des êtres vivants, qui se nourrissent de la matière fermentescible et jouissent de la propriété d'accomplir tous les actes de leur vie, y compris celui de leur multiplication, sans mettre en œuvre, d'une manière nécessaire, l'oxygène de l'air atmosphérique.

Des faits nombreux démontrent que la fermentation est une conséquence obligée de la manifestation de la vie, quand la vie s'accomplit en dehors des combustions directes dues au gaz oxygène libre.

Il en résulte que tout être, tout organe, toute cellule qui vit ou qui continue sa vie, sans mettre en œuvre l'oxygène de l'air atmosphérique, ou qui le met en œuvre d'une manière insuffisante pour l'ensemble des phénomènes de sa propre nutrition, doit posséder le caractère ferment pour la matière qui lui sert de source de chaleur totale ou complémentaire. C'est pourquoi toute matière fermentescible possède forcément dans sa composition de l'oxygène et du carbone.

Voici les nouvelles expériences qui mettent cette théorie en lumière.

A la surface d'un liquide sucré, on dépose une trace de *mycoderma vini* pur. Les jours suivants, la moisissure recouvre peu à peu tout le liquide sous forme d'un voile continu. Le développement du mycoderma, dans ces conditions, donne lieu à une absorption de gaz oxygène atmosphérique, tandis qu'il ne se forme pas du tout d'alcool.

Si, dans une autre expérience, on agite le vase quand le voile de mycoderma est continu, de façon à le submerger le mieux possible, le lendemain, souvent après quelques heures déjà quand on opère à la température de 25 à 40°, on voit s'élever sans cesse du fond du verre de petites bulles de gaz qui annoncent que la fermentation du liquide sucré a commencé. Cette fermentation continue les jours suivants, et, lorsqu'elle s'arrête, on peut la faire reprendre en disloquant de nouveau le voile qui s'est reformé.

Il est facile alors de constater dans le liquide la présence d'une quantité sensible d'alcool. Cette double expérience montre donc, d'un côté, la vie ou la multiplication de cellules, avec absorption et mise en œuvre de gaz oxygène libre, et formation d'un volume correspondant de gaz carbonique; d'un autre côté, la continuation de la vie d'une partie de ces mêmes cellules submergées, sans intervention de gaz oxygène, mais avec apparition corrélative de la fermentation alcoolique.

Ces mêmes expériences réussissent avec les moisissures proprement dites.

Ces faits, assurément remarquables, conduisent M. L. Pasteur à envisager la fermentation comme un cas particulier d'un phénomène extrêmement général. « L'on pourrait dire que tous les êtres sont des ferments dans cer-

taines conditions de leur vie; car il n'en est pas chez lesquels on ne puisse momentanément suspendre l'action du gaz oxygène libre. »

Les principes précédents peuvent servir à interpréter les phénomènes de maturation des fruits dans l'acide carbonique, faits qui ont déjà été bien exposés par Bérard.

Quand le fruit est placé dans l'oxygène pour un volume d'acide carbonique produit, un volume à peu près égal d'oxygène est consommé. C'est la combustion respiratoire ordinaire.

Que le fruit, au contraire, soit placé dans une atmosphère d'acide carbonique, la vie se poursuit aussitôt en empruntant à la décomposition du sucre la chaleur dont elle a besoin pour se manifester; les cellules sont alors dans la condition des cellules des ferments qui vivent en dehors du gaz oxygène libre.

Des expériences faites sur des prunes de Monsieur et d'autres fruits : raisins, fruits acides, melons, etc., montrent qu'il se produit de l'alcool en quantité notable sans l'intervention d'aucun ferment.

En terminant, M. Pasteur ajoute : « Les quelques essais que j'ai tentés sur des organes du règne animal sont trop incomplets pour être mentionnés; mais je pressens déjà, par les résultats qu'ils m'ont offerts, qu'une voie nouvelle est ouverte à la physiologie et à la pathologie médicales. J'espère qu'une vive lumière sera jetée sur les phénomènes de putréfaction et de gangrène. La production de gaz fétides en dehors de l'action de ferments organisés recevra sans doute une explication aussi naturelle que la formation de l'alcool et de l'acide carbonique en dehors de la présence des cellules de levûre alcoolique. »

L'exactitude de ces faits extrêmement importants n'a pas été contestée par M. Frémy; d'autre part, M. Trécul en a confirmé la partie chimique (*C. R.* p. 791). Mais à côté des faits, il y a l'interprétation, la partie théorique. Aussi, ces expériences nouvelles sont-elles venues ranimer la discussion dont nous avons déjà reproduit les traits principaux. M. Frémy s'est appliqué surtout à relever dans les deux communications de M. Pasteur une contradiction qui, d'après lui, serait frappante pour tout le monde.

« N'est-il pas évident, dit-il, que si un fruit fermente dans l'acide carbonique, par conséquent dans des conditions où il ne peut rien recevoir de l'air, c'est que les ferments se sont produits directement sous l'influence de l'organisation dans l'intérieur même des cellules, et que leur génération n'est pas due à des germes qui existeraient dans l'air? »

Or, dans les dernières expériences exposées par M. Pasteur, il n'est pas question de production de ferments dans les fruits. Dans l'intérieur de ceux-ci, il ne s'est développé ni cellules de levûre, ni ferment organisé quelconque. « On peut semer le jus et les cellules du parenchyme dans du moût de raisin, sans qu'ils y provoquent la moindre fermentation » (p. 791).

Et, puisque les faits de M. Pasteur restent debout, quant à présent, nous ne voyons pas comment M. Frémy a pu y trouver une si grande contradiction, et surtout prétendre qu'ils viennent confirmer d'une manière éclatante la théorie qu'il soutient.

On ne peut y voir, ce nous semble, que deux séries de recherches distinctes :

1° L'une, ayant pour objet la génération des ferments;

2° L'autre, se proposant pour but l'étude de la théorie de la fermentation.

La première montre que le germe de la levûre qui fait le vin provient du dehors, et rien de plus.

Dans la seconde, il est établi que les cellules des tissus végétaux fonctionnent, dans un milieu privé d'oxygène, à la façon des ferments; que, d'autre part, les ferments sont des organismes doués de la propriété de vivre d'une manière spéciale, c'est-à-dire en empruntant de l'oxygène à la matière fermentescible. La fermentation devient ainsi un fait général qui appartient, dans des conditions déterminées, à toutes les parties vivantes et à tous les êtres, lorsque ces parties ou ces êtres fonctionnent à l'abri de l'oxygène.

Entrevu déjà antérieurement par M. Pasteur, ce résultat n'en est pas moins nouveau par sa généralité et la netteté avec laquelle il est établi dans cette dernière communication.

Tous les physiologistes seront sans doute frappés de son importance en physiologie générale, et on ne saurait y voir, croyons-nous, aucune contradiction avec les faits *bien différents* qui démontrent la provenance extérieure des germes de ferments.

Aux résultats obtenus par M. Pasteur, il est intéressant d'opposer ceux de MM. Béchamp et Estor (1). Déjà, en 1870, ces auteurs s'exprimaient ainsi :

« L'être vivant, rempli de microzymas, porte en lui-même les éléments essentiels de la vie, de la maladie, de la mort et de la destruction totale. Nos cellules se détruisent sans cesse par suite de fermentations analogues à celles qui succèdent à la mort. — L'animal est réductible au microzyma; pendant l'état de santé, les microzymas de l'organisme agissent harmoniquement, et notre vie est une fermentation régulière. Dans l'état de maladie, les microzymas agissent anharmoniquement; la fermentation est régulièrement troublée. »

Depuis, ces auteurs ont poursuivi la démonstration de leurs idées, et, dans une communication récente, ils leur donnent l'appui de nouvelles expériences :

Du rôle des microzymas pendant le développement embryonnaire, par MM. BÉCHAMP et ESTOR. (*Comptes rendus Ac. des sciences*, 21 *octobre* 1872.)

Cette note établit la présence des microzymas dans tous les éléments anatomiques durant les premières périodes de la vie embryonnaire. Les recherches de B. et E. ont été faites sur des embryons de poulet.

(1) Dans les comptes rendus de la séance du 2 déc. 1872, une note de M. Béchamp et une autre de MM. A. Béchamp et Estor constituent, à l'occasion des deux précédentes communications de M. Pasteur, des réclamations de priorité, utiles à consulter pour ceux qui s'intéressent à ces sortes de débats.

« Dans l'œuf, on ne découvre, en fait d'éléments figurés, que des microzymas. Dans certaines circonstances, ils y fonctionnent comme ils le font hors de l'œuf, sur le sucre ou sur la fécule : ils sont donc de l'ordre des ferments figurés. »

Les auteurs les ont suivis pendant toute la période embryonnaire dans chaque tissu : tissu conjonctif, globules du sang, muscles, centres nerveux, glandes, etc.

« En résumé, tous les tissus suivent, dans leur développement, plus ou moins rapidement, une marche très-analogue, sinon identique. Sur des plaques ou dans des masses uniformément granuleuses, au sein desquelles ne s'aperçoit aucun autre élément figuré que le microzyma, on voit, à un moment donné, sur toute l'étendue de la surface à la fois, les formes cellulaires apparaître. Une cellule antérieure, d'où dériveraient par des modifications insensibles toutes les autres, n'est donc pas nécessaire, ainsi que l'exige une théorie célèbre du développement des tissus. Cette théorie que nous avions acceptée et défendue, nous semble pécher par la base. Jamais on ne verra naître une cellule de toute pièce dans un liquide ; on observe toujours préalablement des granulations, des microzymas qui en sont le point de départ. Si l'on veut bien considérer avec nous que les microzymas sont déjà des organismes doués d'une activité propre, ce que nos précédentes recherches ont mis hors de doute, on comprendra aisément qu'il n'est pas besoin d'une cellule primordiale, ni d'admettre la génération spontanée pour comprendre la cellulo-genèse. Le microzyma et le milieu qu'il se crée au sein de la masse qui le contient suffisent. » .. .. « Nos expériences permettent d'aller plus loin. Ces notions nouvelles ne donnent pas seulement la clef de discussions relatives à l'histoire du développement des tissus et des ferments, mais aussi de leur fonctionnement ; elles seules donnent une base solide à la théorie de la nutrition, à la physiologie cellulaire.

« Voici d'ailleurs la contre-épreuve de cette théorie. De même que, par progression, les microzymas sont facteurs de cellules, toute cellule, tout tissu, reviennent au microzyma par régression. Cette contre-épreuve peut être faite sur l'embryon lui-même. L'embryon du poulet peut mourir dans l'œuf avant son complet développement et sans qu'il s'y putréfie, dans le sens vulgaire du mot putréfaction. Dans ce cas, on peut observer la régression de tous les tissus qui le composaient. On peut alors suivre le retour de chacun des tissus observés à la forme granuleuse primitive ; ou même, on peut suivre la transformation des microzymas isolés en microzymas accouplés et en bactéries ; et certes il est impossible de soutenir qu'ici les microzymas et les bactéries ont pour origine les germes venus de l'air, germes que l'un de nous a démontré être surtout des microzymas.

Un œuf à la couveuse depuis le 29 mars 1870 est examiné le 13 avril suivant. L'embryon est mort dans l'œuf depuis trois ou quatre jours. Les muscles commencent à subir une transformation régressive ; les tubes ne sont plus accusés ; les masses musculaires sont remplies d'une foule de microzymas ; beaucoup sont accouplés ; dans les membres on découvre quelques rares bactéries. Dans le cœur, les bactéries, longues, grêles, et immobiles, sont très-nombreuses. Dans le foie, on trouve des bactéries à tous les degrés de développement, microzymas isolés et mobiles en foule, grand nombre d'associés, petites bactéries, moyennes et grandes ; il est impossible de ne pas les considérer comme les divers degrés du développement d'un même être. »

On le voit donc, l'idée systématique exprimée en 1870, et que nous avons rappelée plus haut, réclame aussi pour elle la puissance convaincante de l'expérimentation. La naissance, le fonctionnement de l'être vivant, la maladie, la mort, quoi de plus simple !

C'est une question d'harmonie dans le fonctionnement des microzymas. Et voici des problèmes infiniment grands qui sont réduits au jeu des infiniment petits. Mais, même en plaçant les choses sur ce terrain, voici venir des faits contradictoires :

Untersuchungen über niedere Orgenismen (Recherches sur les organismes inférieurs), par RINDFLEISCH de Bonn. (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*, *t.* 54, *p.* 108 *et* 396.)

En ne s'occupant dans ce long mémoire que des organismes de la putréfaction, on y trouve une série d'observations qui tendent à démontrer, contrairement à l'opinion des auteurs précédents, que ces organismes proviennent du dehors, ce qui est un retour à la théorie de M. Pasteur.

Sur un animal fraîchement tué, l'auteur prend un petit fragment de muscle, le dépose sur un porte-objet spécial et l'examine au microscope, dans une chambre humide, à l'aide d'une forte lentille à immersion. A l'extrémité d'une fibre musculaire on voit une substance granuleuse composée de granulations claires et sombres.

Les granulations qui constituent cette substance sont agitées d'un mouvement vibratoire. D'autres granulations mobiles, provenant de substances que la fibre musculaire abandonne à l'eau, marchent vers la surface libre du liquide et ne constituent pas les bactéries comme on serait tenté de le croire (ce sont sans doute ces granulations que MM. Béchamp et Estor appellent microzymas).

Bientôt une de ces granulations s'attache à la masse commune et cesse d'être agitée de mouvement. C'est un point inégalement rond et sombre. Il semble d'un côté qu'il y ait un pédicule, de l'autre une tête qui s'agite çà et là. Cette tête acquiert ensuite la forme d'une massue séparée de la tige par un étranglement annulaire faible. Ainsi se trouve constituée une bactérie (*bact. putrificans*) qui, en s'allongeant de plus en plus, peut prendre l'aspect d'un fil composé de plusieurs articulations. Chaque article peut à son tour se segmenter en particules, et inversement plusieurs articles peuvent se fusionner en un seul.

Ce serait-là le principal moyen de multiplication des bactéries. L'auteur reconnaît à ces particules animées des mouvements volontaires caractérisant l'animalité et décrit longuement leurs divers modes de groupement.

A côté de ces organismes, dont l'existence est constante, il a trouvé, dans quelques circonstances, un autre organisme, le micrococcus.

Celui-ci est d'abord représenté par un double point agité d'un mouvement très-vif, régulier, de va-et-vient. A un certain moment il cesse de se mouvoir ; alors commence le développement de la couche des micrococcus. Les deux petits points grossissent et chacun se divise en deux, lesquels, à leur tour, croissent et se divi-

sent. Cet organisme végétal, dont R. décrit en détail le développement et les allures, n'a pas de rapport avec le penicillum ; il exigerait beaucoup d'eau pour apparaître et se multiplier.

Ces études faites, pour résoudre la question de savoir si ces organismes de la putréfaction ont une origine extérieure, l'auteur a répété l'expérience dans une eau distillée parfaitement pure.

Celle qui a été bouillie laisse les bactéries se développer au bout de deux jours.

Si l'on emploie, au contraire, de l'eau distillée préparée extemporainement par la condensation de la vapeur d'eau sur une plaque de verre tout à fait propre, au bout de plusieurs semaines il ne s'est pas encore développé une seule bactérie (schizomycète) dans les fibres musculaires. On pourrait se demander alors si les germes ne se trouveraient pas dans l'air.

En plaçant des fibres musculaires dans le fond de bocaux exposés au dehors à l'eau de pluie, on voit au bout de quelques jours se former à la surface du liquide une couche de penicillum ; mais les fibres musculaires ne se putréfient pas et ne contiennent pas de bactéries.

L'auteur conclut de cette partie de ses recherches relatives à la putréfaction, que :

« Les bactéries ne naissent pas par génération équivoque du parenchyme des animaux ou des plantes en putréfaction ; mais que leurs germes sont contenus en quantité énorme dans tous les liquides terrestres. L'air contient ordinairement, surtout lorsqu'il a plu, beaucoup de spores de champignons ; mais pas un germe de bactéries. — Sans l'intervention des bactéries pas de putréfaction ordinaire, si favorables que soient, d'ailleurs, les autres conditions. — La putréfaction inodore, celle des enfants mort-nés, s'opère sans schizomycètes. »

Ces propositions sont, comme on le voit, aussi opposées que possible à celles des précédentes recherches ; mais cette question est tellement délicate que, pendant longtemps encore, elle tournera dans le même cercle.

Ainsi, en regard du travail de Rindfleisch nous avons à placer celui de Grimm, dont nous devons l'analyse à notre collaborateur M. P. Berger et qui nous ramène aux idées de MM. Béchamp et Estor.

Zur Naturgeschichte der Vibrionen (De la nature des vibrions), par Oscar GRIMM. (*Archiv f. mikroskopische Anatomie, VIIIe vol., 4e livr. p.* 514.)

Grimm adopte entièrement l'opinion d'Ehrenberg qui considère comme individus, non point les chaînes (ou séries), mais chacun des membres qui les composent. Pour classer les vibrions en espèces, ce n'est donc point la longueur et la forme des chaînes, mais les caractères que présentent leurs parties constituantes, qu'il faut con-

sidérer. Ces caractères varient beaucoup, suivant les individus, et ne permettent guère d'arriver à une classification méthodique : les différentes formes de vibrions et de bactéries présentent, en effet, un nombre considérable de transitions au point de vue de leur taille et de leur forme.

L'auteur ne reconnaît que deux types bien tranchés, le spirillum et le vibrion; il applique ce dernier nom aux vibrions proprement dits et aux bactéries. — Ses recherches spéciales sur les corpuscules des affections charbonneuses l'engagent néanmoins à les ranger dans une classe à part.

Tandis que le mode de développement des autres sortes de vibrions est encore plongé dans l'obscurité, G. a pu voir les vibrionides appartenant à ce dernier type se produire spontanément de la façon suivante :

Sur les bêtes atteintes de charbon, les corpuscules blancs du sang deviennent granuleux ; les granulations soit albuminoïdes, soit graisseuses, qu'ils renferment, sont affectées d'un mouvement moléculaire purement passif ; les premières deviennent libres, prennent une forme ovale, présentent une cavité d'abord voisine d'une de leurs extrémités (tête), puis centrale ; ces organismes enfin affectent la forme d'un bâton arrondi aux deux bouts. Les vibrions, ainsi formés, tantôt présentent des mouvements actifs et demeurent isolés, tantôt se réunissent en chaînes d'aspect et de dimensions variables.

L'auteur aurait donc assisté à une genèse véritable d'organismes microscopiques. — Aussi, tout en reconnaissant la rigoureuse exactitude des expériences de M. Pasteur, il leur refuse la portée générale que ce savant leur attribue.

G., dans ses recherches, a contrôlé surtout les travaux d'Ehrenberg et de Polotebnoff (Sitzb. d. K. Akad. d. Wiss. zu Wien., vol. LX, nov. 1869). Il a spécialement étudié la constitution chimique des vibrions. Les acides sulfurique et chlorhydrique les dissolvent. L'acide acétique agit d'abord sur la cavité du vibrion, puis sur son corps qu'il fait disparaître. La créosote le rend plus transparent, ridé, montre sa cavité de la façon la plus nette, puis le dissout. L'iode le teint en brun ; le carmin, en rouge. L'alcool et l'éther le dissolvent. Ces caractères chimiques en font un corps protoplasmique ou dérivé du protoplasma.

L'électricité ne paraît pas agir sur les vibrions.

Leur mouvement n'a rien des phénomènes amiboïdes. Leur déplacement se fait sans modification apparente de leur forme ; il n'a ni cils ni queue pour organes.

Les vibrions isolés ont un mouvement en zigzag ; les vibrions en chaîne serpentent en décrivant des ondulations.

Les spirilles, au contraire, enroulées en spirale, se meuvent autour de leur axe longitudinal et déterminent ainsi leur mouvement de translation.

Tous ces genres de mouvements paraissent intermittents ; un intervalle de repos sépare les moments d'activité locomotrice. Toutes choses égales, les grands vibrions et les chaînes considérables paraissent moins se remuer.

Les vibrions se nourrissent ; l'auteur a pu constater le besoin qu'ils ont d'air atmosphérique. Leurs autres conditions de nutrition sont mal connues. G... a tout spécialement observé la façon dont deux ou plusieurs vibrions ou spirilles s'unissent pour former une chaîne. Il donne à cet égard des détails curieux.

— Les recherches précédentes nous conduisent d'une manière naturelle aux questions que soulèvent la septicémie et l'infection purulente, puisque, dans ces derniers temps, on a invoqué, pour expliquer ces deux états morbides, soit une sorte de fermentation, soit une putréfaction véritable qui surviendraient avant la mort des malades.

Ici, de même que pour les questions précédentes, nous ne parlerons que des travaux tout à fait récents.

Recherches sur quelques questions relatives à la septicémie, par M. DAVAINE. Discussion. (*Bull. de l'Ac. de méd., sept.-oct.* 1872.)

17 décembre. — M. Davaine entend par septicémie l'affection déterminée par l'introduction dans l'économie de matières putréfiées. Il donne le nom de sang septicémique à celui d'un animal atteint ou mort de septicémie.

Ses recherches ont d'abord pour but de déterminer : 1° la quantité de sang putréfié nécessaire pour tuer les animaux soumis à l'expérimentation ; 2° la quantité de sang septicémique qui tue les animaux de la même espèce.

En opérant chez le cobaye et le lapin, les expériences répondent de la manière suivante à la première question :

Le sang de bœuf putréfié, injecté sous la peau, tue le cobaye et le lapin à la dose d'une ou plusieurs gouttes dans la moitié des cas. Au-dessous d'une goutte, il tue rarement le cobaye à moins d'un dixième, et le lapin à moins d'un centième. La limite extrême est un quarantième de goutte pour le premier et un deux-centième pour le second.

Pour résoudre la seconde question, le sang a toujours été pris dans le cœur des lapins morts de septicémie, et injecté dans le tissu cellulaire de la nuque.

Dans ces conditions, on voit se manifester un fait qui avait été déjà signalé par MM. Coze et Feltz, à savoir, que le sang a une action bien supérieure à celle d'une matière putréfiée ; « que le virus de la putréfaction » augmente de puissance en passant par

l'organisme vivant. M. Davaine arrive ainsi à un résultat bien inattendu, malgré les assertions des auteurs précédents; vingt-cinq séries d'expériences successives lui permettent d'affirmer que la quantité minimum de la dilution sanguine qui permet de transmettre la septicémie chez le lapin représente la trillionième partie d'une goutte de sang septique.

Dans une troisième série de recherches, l'auteur montre que cette virulence extrême du sang septique arrive d'emblée à sa plus grande puissance; elle ne s'accroît pas avec les générations successives d'animaux mis en expérience.

L'expression de virus septique, dont se sert M. Davaine, ne veut pas dire qu'il y ait entre l'agent actif du sang des animaux morts de septicémie et le ferment de la putréfaction une différence de nature. Cependant, outre son activité plus forte, le virus septique diffère encore de l'agent de la putréfaction par cette particularité importante que la putréfaction *post mortem* le détruit. C'est ainsi que s'expliquerait la remarque déjà ancienne, faite par le docteur Colles, relativement à la moindre virulence des cadavres les plus putréfiés.

— Cette première communication de M. Davaine a soulevé immédiatement au sein de l'Académie une discussion intéressante qui a poussé cet expérimentateur dans la voie de nouvelles recherches.

Aux observations présentées par M. Bouley, l'auteur répond par des expériences destinées à trancher la question des diverses espèces d'animaux.

La séance du 8 octobre contient les nouveaux documents qui suivent :

Les animaux jeunes sont moins résistants que les adultes. L'intensité de l'affection produite par l'introduction du sang putréfié n'est pas en rapport avec le volume ou la masse de l'animal. C'est une question d'espèce.

L'animal le plus sensible est le lapin; le cobaye est plus résistant que le lapin; le rat l'est encore plus, la souris moins. Les poulets et les pigeons sont tout à fait insensibles.

Des expériences antérieures et bien connues, faites par le même observateur sur le sang charbonneux, lui permettent de faire remarquer que la sensibilité du cobaye et du lapin au virus septicémique et au virus charbonneux est précisément inverse.

Il existe donc une différence frappante entre ces deux agents, et les symptômes qui suivent leur injection sous la peau en sont encore une preuve, puisque la durée de la vie dans les cas où l'on opère avec le sang septique est très-irrégulière, tandis que le sang charbonneux tue toujours en un nombre d'heures déterminé.

On a vu aussi que le sang septicémique diffère du sang putréfié. Cette question importante réclamait de nouveaux développements

que l'auteur expose, en cherchant à déterminer *la condition qui donne une virulence extrême au sang d'un animal inoculé par une substance putréfiée.*

Un grand nombre d'expériences exécutées avec des échantillons de sang en putréfaction depuis un temps variable, prouvent que le sang le moins ancien est le plus virulent. Le degré de septicité du sang putréfié à l'air libre n'est pas en rapport avec l'intensité de la fétidité, et il perd après quelques jours une partie de la virulence d'abord acquise.

De même, ainsi qu'on l'a vu déjà, le sang septicémique qui se putréfie perd une partie de son activité.

Ces deux faits sont corrélatifs, c'est-à-dire dus à la même cause, soit à la formation de produits ammoniacaux et hydrosulfurés qui exercent une action toxique sur le virus.

Dans l'organisme, ces produits sont éliminés à mesure qu'ils se forment, et ne peuvent plus faire perdre au sang ses propriétés virulentes.

D'autre part, du sang en voie de putréfaction mis dans la conveuse avec du charbon animal et du carbonate de plomb, devient plus toxique. On peut donc, par des moyens artificiels, rendre le sang sorti des vaisseaux d'un animal aussi virulent que le sang d'un animal vivant.

L'ensemble de ces faits conduit M. Davaine à accepter l'identité du virus de la septicémie avec le ferment de la putréfaction. Cette conclusion rattache ainsi cette question aux études précédemment exposées.

M. Davaine fait remarquer lui-même que, d'après les recherches de M. Pasteur, le ferment de la putréfaction appartient à la famille *des vibrioniens.*

En disant, « la septicémie est donc une putréfaction, putréfaction qui s'accomplit dans le sang d'un animal vivant », c'est absolument comme s'il déclarait que le virus de la septicémie est un ferment organisé appartenant à la famille des vibrioniens.

A cet égard, l'habile expérimentateur a énoncé une sorte de contradiction lorsque, répondant aux observations de quelques-uns des membres de l'Académie, il a dit que chez les animaux qui succombent on ne trouve aucune lésion.

Évidemment, si les animaux meurent d'une putréfaction qui s'accomplit rapidement pendant la vie, ils doivent avoir dans leur sang et leurs humeurs les vibrioniens de la putréfaction auxquels M. Davaine a fait allusion.

M. Davaine les a-t-il vus? Cela est bien probable; et nous ne chercherons pas à savoir pour quel motif il a été réservé sur ce point. Mais, en tout cas, il est certain qu'ils existent. Nous les avons vus nettement en répétant quelques-unes des expériences de M. Davaine, et nous pensons que cet observateur ne tardera pas

lui-même à nous donner sur ce point des renseignements importants (1).

Comme complément de ses travaux sur la septicémie, M. Davaine, dans la séance du 29 octobre, fait deux nouvelles communications. La première a pour titre.

Recherches sur l'empoisonnement par la saumure.

On sait, depuis le mémoire important de Raynal, que la saumure a une action toxique incontestable et qu'elle empoisonne un grand nombre d'espèces animales.

M. Davaine, pour déterminer la nature de l'agent toxique, injecte de la saumure sous la peau du lapin. L'animal ne tarde pas à mourir et son sang acquiert des propriétés extrêmement virulentes.

De même, introduite dans l'estomac, à la dose de 2 ou 3 gouttes, la saumure tue le lapin, et encore dans ce cas le sang de l'animal devient virulent.

L'auteur en conclut que la saumure contient le ferment de la putréfaction, et que le sel marin n'a qu'une action nulle ou limitée sur le ferment ; que, de plus, le ferment de la putréfaction est probablement une substance sans odeur, puisque la saumure toxique n'a pas d'odeur bien notable (2).

Il fait en outre remarquer, en réponse à la question des divers animaux, que l'action de la saumure par les voies digestives ayant été reconnue mortelle chez un grand nombre d'entre eux, il est ainsi démontré qu'ils peuvent mourir de septicémie.

Dans une seconde communication, M. Davaine s'est efforcé de démontrer, qu'à l'aide du sang desséché d'une vache, il avait pu, en prenant le lapin et le cobaye comme réactifs, établir le diagnostic *post mortem* de septicémie, et que, en conséquence, les grands animaux peuvent être atteints de cette affection. Malheureusement il nous semble que l'expérience a été faite dans des conditions peu favorables.

(1) Tout récemment (14 décembre), M. Vulpian vient de communiquer à la Société de biologie le résultat de ses expériences sur ce sujet, et il a insisté d'une manière particulière sur la présence chez les animaux infectés de bactéries dans le sang les humeurs et la plupart des organes. (Voir *Gaz. hebd.*, n° 51, p. 826.) — Nous avons nous-même, à la séance suivante de la même Société, montré de petits abcès métastatiques du foie chez un lapin mort de septicémie expérimentale. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

(2) Relativement à cette question de la putréfaction inodore, nous avons communiqué, le 21 décembre 1872, à la Société de biologie une expérience démontrant qu'une goutte de sérosité abdominale prise dans l'abdomen d'un fœtus macéré, sans aucune odeur et récemment expulsé, tue le lapin comme le fait un liquide putride ordinaire, infecte, et que, dans ces conditions, on observe les mêmes lésions.

La sérosité que nous avons recueillie sur ce fœtus renfermait des vibrioniens ; et déjà antérieurement M. Ranvier avait constaté dans les tissus des fœtus macérés la présence de bactéries. (*Des applications de l'histologie à l'obstétrique*, par le Dr Chantreuil, thèse d'agrégation; Paris 1872, p. 181 et suiv.)

On remarquera que ces faits et cette expérience sont en contradiction avec l'une des conclusions du travail de Rindfleisch dont nous avons donné plus haut l'analyse.

— Quoi qu'il en soit, ces remarquables recherches ont excité le zèle d'un grand nombre d'observateurs.

On a refait les expériences de M. Davaine, à Alfort, à Clamart, etc. Partout on a vérifié la susceptibilité vraiment extraordinaire du lapin.

Mais, d'autre part, les expériences instituées par MM. Bouley, Colin sur les grands animaux établissent que bon nombre de ceux-ci semblent réfractaires à la septicémie.

— Frappés des conséquences importantes que les faits de M. Davaine pourraient comporter dans leur application à la pathologie humaine, plusieurs de ses collègues se sont efforcés de poser des réserves sur ce point, et la discussion intéressante qui s'est élevée à ce sujet a eu pour objet principal de montrer certaines contradictions entre les observations cliniques et les résultats obtenus au laboratoire.

Dans ce genre d'expériences, on observe des différences fort grandes d'un animal à l'autre ; le chien, par exemple, comme nous avons pu nous en convaincre, présente, comparativement au lapin, une résistance si supérieure, que rien n'est plus sage que ces réserves.

En attendant que l'avenir vienne nous apprendre dans quelle mesure l'expérimentation sur les animaux peut intervenir dans les graves questions de la pathologie des blessés, les auteurs allemands cherchent et trouvent dans le sang et les humeurs des malades atteints d'infection purulente des organismes inférieurs analogues à ceux de la putréfaction, organisme qu'ils désignent sous le nom de monades (1).

Nachweis von Monaden im metastatischen Eiterheerd am Lebenden (Monades démontrées dans les abcès métastatiques pendant la vie), par Paul VOGT. (*Centralbl., p.* 690, *oct.* 1872.)

L'auteur rappelle d'abord en quelques mots les recherches récentes des auteurs allemands sur le développement des organismes inférieurs dans le cours de quelques maladies :

Hueter a fait depuis 1868 plusieurs communications sur ce sujet et les a résumées in *Deutsche Zeitschr, f. Chir.*, I, 1. Il résulte de ses travaux que pendant la vie on peut constater la pré-

(1) En France, on désigne sous le nom de monades les infusoires du genre *monas*. On en trouve quelques-uns dans les macérations organiques et cependant il est probable que, par cette expression, les auteurs allemands entendent désigner des vibrioniens et non des infusoires. Du moins Greveler et Hueter, ainsi qu'on le verra, reconnaissent les monades dans les vaisseaux, grâce à leur insolubilité dans l'ammoniaque, ce qui est un des caractères des vibrioniens et non des infusoires. Vogt paraît, au contraire, faire une différence entre les vibrions et les monades. En tout cas, il est très-regrettable que, dans une question si difficile, on se serve de termes si nombreux pour désigner les mêmes objets, et quelquefois des mêmes termes pour désigner des objets différents.

sence de monades dans les tissus des malades atteints de diphthérite ou d'érysipèle.

En 1871, de Recklinghausen, Waldeyer, Klebs ont constaté sur le cadavre le développement dans divers organes, de petits organismes auxquels ils ont accordé une grande importance dans l'infection purulente. Ainsi le dernier de ces auteurs considère le *microsporon septicum* comme la cause productrice de la pyohémie.

Cependant, P. V... fait remarquer avec raison que la preuve de la connexion entre le développement de ces organismes et le processus morbide spécifique de l'infection purulente reste encore à démontrer. C'est à peine même si, dans cette voie, on peut commencer à invoquer l'expérimentation. Celle-ci n'a encore fourni de conclusions importantes que relativement à l'intoxication putride dont le mode de production a été surtout mis en lumière par les recherches récentes de Bergmann (*Deütsche Zeitschr. f. Chir.*, I, 4) et Zahn (*Uber Entzündung und Eiterung.*, diss. inaug.).

Aussi, malgré ces travaux, il reste encore à savoir si la présence de ces organismes dans les abcès métastatiques, observation qui a été faite sur les cadavres, n'est pas simplement un phénomène *post mortem*.

Les recherches de P. V... sont destinées à résoudre cette question.

Un ouvrier de 54 ans, atteint de pied bot varus congénital, compliqué d'ulcère progressif de la jambe, est amputé le 30 août au tiers supérieur de la cuisse droite. Le cinquième jour après l'opération, il survient un frisson, et l'on voit se dessiner sur la cuisse des traînées de lymphangite et de périphlébite, en même temps que la plaie prend un aspect grisâtre. Le sang pris sur les parties rouges de la peau, à l'aide d'une piqûre d'aiguille, contient un grand nombre de monades agitées de mouvements très-vifs, tandis que le sang pris dans un autre point n'en présente que quelques-unes. Le dixième jour : nouveau frisson avec douleur et gonflement de l'articulation de la main droite. 24 heures après, le microscope démontre, dans le liquide purulent retiré par une ponction de l'articulation malade, une quantité énorme de monades agitées de mouvements caractéristiques, tandis que, dans la sérosité de l'articulation de la main droite, prise comme terme de comparaison, on ne voit que quelques organismes en même nombre que dans le sang. Ces recherches, poursuivies les quatre jours suivants, pendant lesquels le patient paraissait déjà moribond, donnèrent les mêmes résultats.

La ponction était faite avec une seringue de Pravaz, parfaitement nettoyée à l'aide d'alcool rectifié, et le liquide obtenu était soumis immédiatement à l'examen.

Le malade mourut le quinzième jour.

L'autopsie démontra, dans le pus abondant que contenaient les articulations du corps, un grand nombre de monades très-mobiles ; l'examen du pus renfermé dans la bourse moyenne sous-hyoïdienne, donna le même résultat. Quarante-huit heures après la mort, la plaie d'amputation, les vaisseaux voisins, la veine fémorale profonde remplie de caillots désagrégés, les abcès métastatiques ne contenaient que des spores sans vie, complétement immobiles. Même résultat le troisième jour après la mort.

Les petits organismes trouvés par l'auteur pendant la vie dans

le pus et le sang étaient tous des monades; il n'a point vu comme Klebs des bactéries baccilaires s'associant en chaînettes comme les vibrions; de sorte qu'il accepte l'opinion de Orth (*Berl. klin. Wochenschr,* n° 33, 403) qui considère le résultat annoncé par Klebs comme une conséquence de la malpropreté des préparations.

Le pus extrait de l'articulation pendant la vie fut injecté à un lapin dans les muscles du dos.

La mort survint au bout de 8 jours, et dans le point injecté ainsi que dans l'infiltration purulente qui l'entourait, on trouvait un nombre considérable de monades non-seulement dans le pus, mais aussi dans les fibrilles musculaires; d'autre part, l'injection d'une quantité 8 fois plus grande de sérosité extraite des articulations saines faite sur un autre lapin n'a déterminé aucune altération.

Ueber die allgemeinen Kreislaufstœrungen nach Infection des Frosches durch monadenhaltige Flüssigkeiten (Sur les troubles circulatoires généraux observés chez la grenouille infectée à l'aide de liquides contenant des monades), par GREVELER et C. HUETER. (*Centralbl., n°* 49, *nov.* 1872.)

Ces deux auteurs se sont proposés d'étudier les troubles circulatoires qui succèdent à l'infection de l'organisme par des monades (microccus ou microspores).

Dans ce but ils ont utilisé la grenouille, chez laquelle il est facile d'observer la circulation en divers points; et ils se sont servis du procédé suivant :

On laisse du pus normal ou du sang se putréfier jusqu'à production d'un nombre énorme de monades à mouvements très-actifs et on injecte dans la cuisse d'une grenouille ou dans ses sacs lymphatiques du dos 1 cent. cube ou 1^{cent}, 5 à 2 chez les plus grosses; puis au bout d'un certain nombre d'heures, de 4 à 24, on curarise l'animal pour l'immobiliser et l'on regarde quel est l'état de la circulation dans le mésentère, ou bien encore dans la langue et la membrane natatoire.

On voit ainsi, particulièrement dans le mésentère, une rougeur anomale due à une dilatation des vaisseaux, et un état général de la circulation qui rappelle le début du processus inflammatoire, soit un grand nombre de globules blancs arrêtés le long de la paroi interne des vaisseaux particulièrement dans les capillaires, les petites veines et artères et, lorsque l'infection date de 1 ou 2 jours, çà et là des traînées de globules blancs autour des vaisseaux.

Ces phénomènes diffèrent cependant par quelques particularités du processus inflammatoire ordinaire. Ainsi, quelques heures à peine après l'infection, un assez grand nombre de capillaires sont soustraits à la circulation générale; au bout de 24 heures la moitié de ces vaisseaux sont dans cet état.

Ils sont remplis de globules rouges ou d'un plasma transparent;

dans d'autres capillaires le courant des globules rouges est devenu lent et irrégulier.

Un examen attentif explique cette disposition; dans quelques points les capillaires sont bouchés par un ou deux globules qui adhérent au vaisseau soustrait à la circulation ou au vaisseau situé en amont de son abouchement; dans d'autres cas l'arrêt de la circulation paraît dû à la présence dans les capillaires d'une grosse monade ou d'un amas de monades plus ou moins grosses jouant le même rôle que les globules blancs adhérents.

Quelquefois le gobule rouge un moment arrêté entraîne la monade avec lui et, tout à coup, le capillaire bouché, en redevenant libre, est de nouveau le siége d'une circulation normale.

Greveler et Hueter pensent que l'introduction des monades dans les globules blancs rend ceux-ci plus adhérents aux parois vasculaires et, en traitant leurs préparations par la potasse et l'ammoniaque, ils ont fait disparaître le protoplasma de ces éléments, tandis que les monades ont résisté à ces réactifs.

Ces auteurs pensent que leurs recherches peuvent donner une idée des altérations générales de la circulation dans cette sorte d'infection, et fournir une explication applicable à la fièvre putride.

Ils se proposent de répéter leurs expériences sur des animaux à sang chaud pour en tirer des déductions relativement à cette fièvre et à la tendance aux inflammations métastatiques.

— Nous aurons donc plus tard l'occasion de revenir sur ce sujet. Mais, dès à présent, on peut dire que, malgré le procédé ingénieux employé par les auteurs, le choix de l'animal ne permet pas de tirer de ces recherches des conclusions complétement applicables aux animaux à sang chaud. Nous avons répété leurs expériences et il nous a été facile de constater sur le mésentère de la grenouille des troubles circulatoires analogues à ceux qu'ils décrivent. Mais il est un fait dont ils ne tiennent pas compte, c'est que la grenouille tout entière s'imbibe du liquide putride qu'on lui injecte ainsi à haute dose et qu'elle meurt en quelques jours (de 3 à 5) en pleine putréfaction. Que si, au contraire, on n'injecte qu'une goutte ou deux du liquide sous la peau, dose qui est plus que suffisante pour tuer un lapin, la grenouille résiste extrêmement longtemps et n'offre pas de troubles circulatoires manifestes.

Cependant, il peut se faire que la grenouille puisse être utilisée dans une certaine mesure pour l'étude des lésions anatomiques de la putréfaction produite sur le vivant; mais il faudrait, au préalable, résoudre d'autres questions que nous ne pouvons pas indiquer ici.

—Parvenu à la fin de notre résumé des travaux de laboratoire sur la septicémie, nous pouvons dire que si l'ensemble de ces recherches offre encore bien des lacunes et réclame bien des expériences nouvelles, il est cependant fort intéressant, et certainement de nature à encourager dans cette voie féconde.

On peut déjà, d'ailleurs, enregistrer autre chose que des essais imparfaits ou des contradictions évidentes. Un fait capital, en effet, semble résulter, dès à présent, de ces communications diverses, et on peut l'énoncer en disant : Dans quelques maladies, et en particulier dans l'infection purulente, le sang et les humeurs contiennent des organismes inférieurs semblables à ceux de la putréfaction ; et, d'autre part, ces organismes tenus en suspension dans un liquide empoisonnent les animaux, le lapin surtout, et les tuent par une sorte de putréfaction rapide.

Toutefois ces conclusions, qui ont encore besoin d'ailleurs d'être confirmées, ne représentent qu'une petite partie du problème médical à résoudre.

La septicémie et l'infection purulente ne sont pas les seules affections dans lesquelles on voit circuler dans le sang des organismes inférieurs (1).

Chaque maladie a-t-elle son espèce particulière capable de la caractériser ? Y a-t-il, comme Klebs le soutient, un microsporon de la septicémie, ne se retrouvant que dans cette affection ? Et, puisqu'on prend l'organisme des animaux comme réactif physiologique, ne doit-on pas examiner si le sang d'un grand nombre de malades ne serait pas toxique pour le lapin et le cobaye, à la façon du sang septicémique.

Au point de vue médical, les résultats obtenus sont donc loin d'être complétement satisfaisants ; ils indiquent, toutefois, de quel côté on doit rechercher les lésions du genre d'infection qui a été désigné sous le nom de septicémie. Il font pressentir aussi les rapports incontestables qui existent entre la septicémie et l'infection purulente proprement dite. Pour quelques auteurs allemands, la question paraît déjà tranchée : les organismes inférieurs développés dans le sang seraient la cause des abcès métastatiques, et la grenouille infectée de monades vous permettrait, grâce à ses parties transparentes, d'assister aux mystères de ce processus.

Certes, de telles conclusions seraient bien hâtives, si surtout elles ne s'appuyaient que sur l'expérimentation faite sur la grenouille. Mais il ne nous paraît pas sans intérêt de rapprocher ces opinions des faits d'anatomie pathologique que nous avons publiés dans la *Gazette hebdomadaire,* 9 juin 1871.

Nous avons fait voir, en effet, dans ce travail, que certaines lésions métastatiques étaient le résultat de l'arrêt des globules blancs altérés dans les vaisseaux, et en discutant les causes probables de ces arrêts globulaires, nous avons rangé l'introduction dans leur masse protoplasmique d'organismes inférieurs, au nombre des causes qui leur font perdre leurs propriétés physiologiques et les rendent impropres à traverser les capillaires.

(1) Voir plus haut les analyses sur l'anatomie pathologique du sang et la tuméfaction de la rate.

Et, cependant, si on acceptait comme démontrées l'identité de la septicémie et de la putréfaction et la réalité du rôle important des organismes inférieurs dans la production de la septicémie et de l'infection purulente, que de questions difficiles et encore obscures ne resterait-il pas à résoudre quand, abandonnant le laboratoire ou l'amphithéâtre, on se placerait au lit du malade !

C'est ce grand côté médical du problème qui a frappé surtout M. Chauffard, et, bien que cet écrivain remarquable ait surtout employé ses arguments à ruiner la théorie aujourd'hui chancelante de la sepsine et qu'il se soit élevé contre l'assimilation de l'infection purulente à un empoisonnement, sans réserver quelques-uns de ses traits contre la théorie actuelle des ferments organisés, nous n'hésitons pas à rapprocher l'analyse de son nouveau livre des travaux dont nous venons de parler, parce que nous ne saurions terminer cette revue d'une manière à la fois plus médicale et plus pratique.

De la fièvre traumatique et de l'infection purulente, par le prof. E. CHAUFFARD. — *Paris*, 1872.

On se souvient encore de la discussion sur l'infection purulente qui eut lieu à l'Académie de médecine et qui fut au moins aussi remarquable par sa longueur que par son importance. La plupart des orateurs, au lieu de se limiter à l'examen des faits, se laissèrent entraîner à soutenir et à vulgariser des opinions assises, d'une manière encore peu solide, sur quelques travaux de laboratoire, ou bien, à créer de toutes pièces des théories qui n'avaient de fondement que les affirmations de leur inventeur. Au milieu de cette lutte un peu confuse, et comme cela devait forcément se produire dans une réunion de médecins français, quelques membres eurent la hardiesse de ramener les novateurs sur le terrain clinique.

Parmi eux, M. Chauffard fut un des plus ardents, et, au nom des principes généraux de la pathologie, aussi bien qu'au nom de l'observation journalière des malades, il opposa aux idées doctrinales de ses collègues une argumentation vigoureuse.

Il eut ainsi l'occasion de faire trois discours dans lesquels il s'attaque particulièrement à la théorie de l'empoisonnement des blessés par l'absorption de la sepsine à la surface des plaies, et à celle de l'absorption d'un miasme par la même voie.

Dans le livre qu'il publie actuellement, on trouve, outre ces trois discours, une note additionnelle très-importante, destinée à donner plus de force aux arguments déjà employés et plus de développement aux idées personnelles de l'auteur.

Aujourd'hui, la question se trouvant un peu déplacée, nous croyons peu important d'examiner en détail chacun de ces arguments. Nous résumerons brièvement ceux qui s'appuient surtout sur la clinique.

M. Chauffard soutient la tradition française, et, fort de l'autorité de Dupuytren et de Ph. Bérard, il veut qu'on distingue nettement les uns des autres ces trois états: la fièvre traumatique, l'infection purulente et l'infection putride. L'unité, pour lui, est dans l'organisme et non dans les diverses fièvres qui frappent les blessés. Celles-ci sont dues, non à l'absorption d'un miasme ou d'un poison, mais « aux modifications directes et spéciales de l'activité vivante, troublée dans ses œuvres de nutrition normale par les conditions nouvelles que soulève la plaie. »

Cette conception pathogénique permet de comprendre les faits cliniques que la théorie de l'empoisonnement n'explique aucunement.

Grâce à elle, on saisit pourquoi les suppurations spontanées franches, qui procèdent d'un état inflammatoire commun de l'organisme, n'ont pas de tendance à se compliquer d'infection purulente, tandis que celle-ci est un accident des plaies traumatiques récentes.

C'est également la seule pathogénie qui puisse rendre compte de la fièvre purulente spontanée admise par Tessier, M. Gosselin, M. Surmay, et dont M. Chauffard agrandit singulièrement le cadre.

Il y range, en effet, la méningite cérébro-spinale épidémique, les fièvres purulentes des maternités, soit non-seulement la fièvre puerpérale, mais encore les fièvres purulentes latentes des nouveau-nés, et les fièvres des élèves internées dans les maternités, les fièvres purulentes qui suivent les fièvres éruptives. L'infection putride est bien différente, et la démonstration que l'auteur en donne, après Ph. Bérard, est d'une exactitude clinique irréprochable.

C'est pour M. Chauffard la seule infection réelle dans la pathologie du blessé.

Cependant, il admet l'état infectieux du sang, des humeurs, des tissus, dans l'infection purulente ; mais cet état, loin d'être sous la dépendance, comme dans l'infection putride, de l'absorption des parties nuisibles par la plaie, trouverait son origine au sein de l'organisme lui-même.

Il y a une disposition universelle à la purulence dans l'ensemble des humeurs et des tissus du pyohémique. L'infection purulente est, en un mot, « une maladie conçue et née dans les profondeurs vives de l'économie. » Et, parmi les preuves cliniques, l'auteur insiste sur la spécificité :

« C'est un état spécifique ; il émet des produits spécifiques, des contages, aptes à provoquer, sans autre cause occasionnelle, la maladie d'où ils proviennent... L'infection purulente est en cela comparable à la morve. »

Ainsi comprise, l'infection purulente ne relèverait plus que des causes communes. Pour M. Chauffard, elle rentre dans l'ordre des

maladies épidémiques qui trouvent leur origine dans l'action des causes communes et leur moyen de propagation dans l'émission des contages.

Rien ne serait plus facile alors que d'interpréter les épidémies d'infection purulente et les divers degrés de malignité et de spécificité que cette maladie peut présenter.

Telles sont, en quelques mots, les opinions principales exprimées par l'auteur.

En réalité, celui-ci ne se montre pas seulement clinicien habile, il est en même temps le défenseur d'un certain nombre de principes généraux de pathologie qui restent, pour lui, immuables au milieu des variations de la science.

Mais notre intention n'est pas de discuter ici les idées élevées du professeur de pathologie générale. Nous ferons observer seulement que, dans cette question, où l'enthousiasme pour les théories nouvelles avait été exagéré, il était utile de rappeler aux expérimentateurs les difficultés qu'il faut vaincre pour apprécier à leur juste valeur les expériences de laboratoire dans leurs applications à la clinique. Le livre de M. Chauffard montre encore parfaitement que l'observation des malades offre un champ d'études d'une richesse et d'une variété inépuisables, qu'il n'est pas permis de perdre de vue, comme on le fait souvent dans les recherches de pathologie expérimentale.

C'est ainsi que l'auteur a eu raison d'insister sur les questions étiologiques si pleines d'intérêt qui se rattachent aux prédispositions individuelles, aux conditions de milieu, aux changements atmosphériques, etc. Ces causes prédisposantes et occasionnelles ne sont peut-être pas capables de déterminer à elles seules, comme le croit M. Chauffard, une infection purulente d'emblée. Mais, en conservant sur ce point une opinion réservée, il faut se hâter de reconnaître que ces diverses conditions joueront toujours, pour le médecin, un rôle de premier ordre, quelle que puisse être la théorie pathogénique de l'infection purulente.

Ainsi, il serait aisé, en effet, de montrer que les ferments organisés font eux aussi partie, en quelque sorte, des causes communes. Tous les blessés y sont également exposés, la putréfaction du sang et du pus, la dissémination des germes sont des faits toujours les mêmes pour tous, et dans ce cas encore, ce serait aux causes prédisposantes, occasionnelles, etc., que le médecin devrait s'adresser pour avoir la clef des variétés cliniques nombreuses que la maladie peut revêtir.

En insistant sur tous ces points, le livre de M. Chauffard a donc une haute portée médicale, et, de plus, les arguments y sont présentés avec une puissance de style peu commune et un remarquable esprit critique.

De l'étiologie du typhus exanthématique. M. CHAUFFARD. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 *oct.* 1872.)

Dans une remarquable communication à l'Académie de médecine, M. le professeur Chauffard démontre qu'il faut attribuer pour la genèse du typhus exanthématique un rôle très-important à la race, au sol et au climat. Jusqu'alors, tous les livres classiques étaient unanimes pour déclarer que ce fléau appelé aussi *typhus des camps*, *typhus des armées* sévit toujours au milieu de grands rassemblements d'hommes qui constituent les armées en campagne ou qui remplissent les villes assiégées, lorsqu'ils tombent dans un profond degré de misère, de privations, de souffrances physiques et morales. L'encombrement, le défaut de ventilation dans les campements et dans les hôpitaux, la malpropreté des soldats, l'alimentation insuffisante ou défectueuse, le froid humide ou excessif, les fatigues, les veilles, la nostalgie, les préoccupations tristes, les défaites devant l'ennemi, le voisinage des champs de bataille où les cadavres gisent à peu de profondeur entassés et mal ensevelis, l'indiscipline et toutes les incuries funestes qui la suivent, ces causes réunies sont réputées engendrer fatalement le typhus. Ces conditions étiologiques, que M. Chauffard a énumérées d'après les auteurs, devaient toutes se rencontrer dans les siéges de Paris et de Metz; et cependant la terrible épidémie que l'on attendait tous les jours, a épargné ces deux villes ainsi que les armées françaises. Les circonstances dans lesquelles on vivait, les misères physiques et morales ont imprimé à toutes les maladies régnantes un caractère remarquable de dépression, de stupeur et d'adynamie. C'est ainsi qu'on a observé des dyssenteries épidémiques, des diarrhées catarrhales et cachectisantes, un grand nombre de fièvres typhoïdes, d'affections catarrhales des voies respiratoires, des varioles anomales, hémorrhagiques, des rougeoles d'une gravité insolite, des érysipèles et une foule d'états gastriques fébriles, de synoques à forme typhique. Enfin on a vu apparaître au 4e mois les affections scorbutiques, « expression et dernière résultante de toutes les influences débilitantes et malsaines subies durant le siége. » Les complications survenues dans le cours des maladies témoignaient aussi par leur nature du génie *malimoris* de la pathologie régnante : parotides simples, phlegmoneuses ou gangréneuses; otites suppurées dans le cours des dyssenteries et des dothiénenteries; érysipèles infectieux, phlegmons diffus, suppurations profondes des membres; eschares nombreuses dans les points comprimés, congestions pulmonaires hypostatiques provoquant parfois une asphyxie invincible; infections purulentes, à laquelle succombaient presque tous les opérés. Mais aucun cas de typhus ne s'est déclaré dans les deux villes assiégées et dans les armées françaises, alors que le terrible fléau faisait ses ravages dans les rangs des armées

assiégeantes; et cependant elles se trouvaient dans des conditions hygiéniques excellentes, elles ne subissaient pas l'influence pernicieuse de l'encombrement, de la misère, de l'alimentation insuffisante, des passions tristes et dépressives. On ne peut pas concilier ces faits avec l'étiologie du typhus ordinairement enseignée dans les livres de pathologie, et il faut alors faire intervenir d'autres conditions pour la genèse de la maladie.

En se reportant aux épidémies de typhus qui ont éclaté en France en 1814 et en 1856, on voit qu'elles ont été contractées sur un sol étranger, qu'elles ont été importées chez nous avec la rentrée des troupes, et qu'elles s'y sont éteintes assez rapidement. Le typhus ne trouve donc pas sur notre sol, dans notre climat, les éléments de fécondité et de renouvellement qu'il rencontre dans d'autres pays, où il se montre à la fois endémique, épidémique, sporadique. L'influence du sol et du climat est démontrée par l'observation du docteur Libermann, d'après laquelle, au Mexique sur les hauts plateaux, le typhus est endémique, tandis que la fièvre typhoïde y est extrêmement rare; et, chose remarquable, cette dernière maladie, qui ne s'observe plus à partir de 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, devient de plus en plus fréquente à mesure que l'on s'approche du littoral.

Il faut aussi attribuer une certaine influence à la race pour la genèse du typhus et de certaines maladies. Ainsi, on a remarqué qu'à la Nouvelle-Orléans, la fièvre jaune frappe plus sévèrement la race blanche que la race nègre, et que le choléra atteint plus cruellement les blancs pour ménager relativement les nègres. La race noire se montre également plus résistante aux effets morbides des effluves paludéens, aux troubles consécutifs des grandes opérations.

M. Libermann a aussi observé que les soldats français récemment arrivés à Mexico étaient primitivement atteints de fièvre typhoïde et qu'ils ne gagnaient le typhus qu'après quelques mois d'acclimatement.

On ne peut invoquer contre cette nouvelle donnée étiologique les épidémies locales de typhus que certains auteurs ont relatées dans les bagnes, les prisons et dans certains ports de mer. Il faut d'abord dans tous ces cas faire une large part à l'erreur qui a pu consister à confondre le typhus avec des fièvres typhoïdes insolites, des ictères infectieux, la méningite cérébro-spinale épidémique appelée aussi typhus cérébro-spinal ou méningo-typhus; ensuite les épidémies qui naissent sur un port de mer et celle qui a été notamment décrite par M. Gillet dans sa thèse inaugurale (*Considérations sur le typhus de Riantec*, 1872) sont des maladies importées par des étrangers.

En terminant cette communication, M. le professeur Chauffard est amené à reconnaître 3 classes dans les maladies qui procèdent épidémiquement : 1° celles qui sont indigènes, engendrées sur

notre sol, et aptes à surgir à chaque instant au milieu de nos populations (fièvres typhoïdes, affections diphthéritiques, les catarrhes contagieux, les fièvres pyohémiques infectieuses ; 2° les maladies d'origine exotique, primitivement importées, mais qui, acclimatées sur notre sol, sont définitivement entrées dans la pathologie de notre race (variole, scarlatine, rougeole) ; 3° les affections d'origine exotique qui, importées, nées dans d'autres pays, meurent sur notre sol (fièvre jaune, choléra, typhus exanthématique, et, en pathologie vétérinaire, le typhus contagieux des bêtes à cornes).

— Ces idées, que M. le professeur Chauffard a exprimées sur l'étiologie du typhus, ont été confirmées en partie dans une note adressée à la *Gazette hebdomadaire* (n° 46) par le docteur Kelsch, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Cet auteur démontre que le typhus est essentiellement endémique dans l'Irlande, les provinces frontières de la Russie, de la Pologne, de l'Allemagne et surtout dans la Haute-Silésie. Le reste de l'Allemagne, la Suède, le Danemark et la France ne connaissent pas le typhus endémique. Contrairement à l'opinion de M. Chauffard, ce médecin pense que les Prussiens autour de Metz et de Paris n'ont pas eu à souffrir du typhus, mais seulement de maladies typhiques, de fièvres typhoïdes que les Allemands appellent souvent dans la conversation et dans leurs écrits du nom de typhus. Les épidémies sont importées dans une contrée où l'encombrement agit en concentrant le contagium ; la misère, la famine et les maladies agissent en diminuant la résistance organique. La température ne joue qu'un rôle secondaire dans la genèse du typhus ; il en est de même de la constitution et de l'élévation du sol ; ainsi, en Irlande, cette maladie règne dans les ports de mer, dans les bas-fonds humides aussi bien que sur les plateaux rocheux les plus élevés.

En résumé, dit le docteur Kelsch, « l'encombrement semble ne produire le typhus qu'autant que les miasmes humains s'exhalent d'individus dont l'organisme a subi de profondes modifications par les maladies régnantes, les privations, les grandes cachexies comme le scorbut, dans lesquelles la matière organique a subi des modifications intimes, indispensables pour communiquer au miasme humain la spécificité typhique. La cachexie scorbutique qui a imprégné toute l'armée de Crimée semble avoir joué un grand rôle dans l'élaboration du poison typhique. »

HENRI HUCHARD.

TRAVAIL A CONSULTER.

A short history of the introduction of yellow fever into the port of Monte Video in 1857 and its reapperance in 1872, by J. H. SCRIVENER, *Medic. Times and Gaz.*, 9 *octobre* - 16 *novembre* 1872.)

L'auteur chargé d'une mission officielle pour étudier la fièvre jaune, raconte les diverses épidémies qu'il a été à même d'observer au Pérou, sur divers points de la côte du Pacifique et sur les bords de la rivière de la Plata. — Il tire de ces faits les conclusions suivantes : — La fièvre jaune, ni dans son développement, ni dans sa disparition, ne subit les influences, ni de la température, ni de certaines conditions atmosphériques spéciales.

Elle ne limite pas ses ravages aux bords de la mer ni aux pays marécageux.

Elle sévit avec la même intensité dans les pays de plaine et sur les montagnes, quel que soit le climat, quelle que soit la température.

Ni barrières, ni procédés quelconques n'ont jamais empêché la maladie de s'étendre des bords du Pacifique aux montagnes des Andes.

J. DUBRISAY.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHYQUES.

Pathologie générale.

Rapport de la commission des maladies régnantes pour juillet, août, septembre 1872, fait à la Soc. médic. des hôpitaux le 25 oct. 1872, par M. Ernest BESNIER. (*Un. méd.*, nos 130, 131, p. 682, 693, nov. 1872.)

Die Pocken-Epidemie zu Berlin im Jahre 1871 (l'épidémie de variole à Berlin en 1871), E. H. MULLER. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche med.*, octob. 1872, p. 314.)

Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease, by Hack TUKE. London J. et A. Churchill, 1872.)

Clichy. — Imp. Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

ANALYSES

Circulation de l'encéphale.

Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rachidien, par H. DURET. (*Archives de Physiologie*, 1873, *nos* 1 *et* 2, *et Société de Biologie*, 7 *décembre* 1872.)

Après un court historique, duquel il ressort que le sujet est presque complétement neuf, l'auteur commence par faire l'anatomie des artères vertébrales considérées principalement au point de vue de leurs variations d'origine et de volume. Il n'a guère, du reste, qu'à répéter ce qu'en disent MM. Sappey et Cruveilhier. Puis, il étudie le tronc basilaire et les cérébelleuses, et insiste sur ce point, qu'il existe une telle disposition de ces vaisseaux, que, lorsqu'on fait une injection par une des cérébelleuses, elle remplit tout le système des cérébelleuses et revient dans le tronc basilaire. Pour s'opposer à ce résultat, une simple ligature de l'artère basilaire serait insignifiante, il faudrait lier le tronc basilaire à ses extrémités, les trois cérébelleuses et la cérébrale postérieure au moment où elles naissent du bulbe. Ce fait explique la difficulté de suspendre la circulation bulbaire, difficulté signalée par M. Vulpian dans les expériences sur les animaux.

Après avoir ainsi résumé la description des grosses artères,

l'auteur aborde celle des *artères nourricières du bulbe*. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire, presque intégralement, le résumé qu'il en a fait lui-même.

Les artères du bulbe peuvent être divisées en trois classes.

1° Les *artères radiculaires :* elles sont latérales et principalement destinées aux racines nerveuses :

2° Les *artères médianes, ou des noyaux*, qui, traversant sur la ligne médiane le tissu nerveux du bulbe ou de la protubérance, vont se rendre aux noyaux du plancher du quatrième ventricule ;

3° Les *artères des autres parties constitutives du bulbe* (olives, pyramides, etc.).

Les artères latérales, ou des racines, artères radiculaires, fournissent deux rameaux. L'un descend dans la racine vers la périphérie. Vicq d'Azyr l'a vu, décrit, figuré et y attache une certaine importance. L'autre rameau remonte avec la racine dans le bulbe jusqu'aux noyaux d'origine du nerf.

Les artères médianes ou artères des noyaux n'ont pas encore été décrites. Elles comprennent : 1° En bas, les branches de la spinale antérieure ; 2° Les artères qui passent sous le bord inférieur de la protubérance, dans la fossette inter-pyramidale (artères sous-protubérantielles) ; 3° D'autres viennent du tronc basilaire et traversent la protubérance (artères médio-protubérantielles) ; 4° D'autres enfin, nées de la bifurcation supérieure de la basilaire, passent sur le bord supérieur de la protubérance (artères sus-protubérantielles).

Toutes ces artérioles forment dans le plan médian une sorte d'échelle dont les divisions parfaitement parallèles augmentent de bas en haut. Elles sont presque capillaires et n'offrent pas d'anastomoses visibles à l'œil nu. On peut les voir par le sillon médian postérieur s'épanouir en fines ramifications sur le plancher du quatrième ventricule.

Ces artères affectent avec les noyaux les rapports suivants : 1° Les branches qui viennent de la spinale antérieure répondent à ce que M. Charcot, dans ses leçons cliniques (1872), désignait sous le nom de bulbe inférieur. Elles nourrissent les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur de Clarke. 2° Les artères sous-protubérantielles répondent plus spécialement aux noyaux du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et de l'auditif. 3° Les autres artères médianes vont plus spécialement aux noyaux du facial supérieur, du moteur externe, du moteur commun et du pathétique.

La pyramide et l'olive reçoivent leurs artères, soit des vertébrales, soit des spinales antérieures. Le faisceau latéral, le faisceau intermédiaire et le corps restiforme reçoivent leurs artères principalement de la cérébelleuse inférieure qui fournit, en outre, toutes celles de la face inférieure du bulbe, du lobule médian et de la valvule de

Vieussens, de la face postérieure du lobe latéral du cervelet et de la toile choroïdienne. Ce sont ces mêmes cérébelleuses qui donnent naissance aux spinales postérieures qui présentent une disposition analogue à celle des spinales antérieures.

L'auteur applique ensuite ces notions à l'étude des cas d'obstruction des vertébrales ou du tronc basilaire et montre comment les symptômes peuvent se trouver changés suivant que le caillot siégera, soit dans une vertébrale, soit dans la partie inférieure, soit dans la partie supérieure du tronc basilaire. Dans le premier cas on observe tous les symptômes d'une paralysie labio-glosso-laryngée à début brusque. Dans le second cas, il se produit une mort subite ou rapide. Dans le troisième cas, on observera des troubles oculaires, du strabisme, la chute des paupières et la paralysie de la partie supérieure de la face. A. JOFFROY.

Zur Topographie der Ernæhrungsgebiete der einzelnen Hirnarterien (Répartition des fonctions de nutrition entre les diverses artères de l'encéphale), par HEUBNER. (*Centralblatt f. med. Wissensch.* 1872, 7 *déc. n°* 52.)

L'auteur s'est appliqué à injecter isolément, autant que possible, les divers rameaux qui naissent des artères de l'encéphale; il est de la sorte arrivé aux résultats suivants :

Les artères de l'encéphale forment deux systèmes distincts par l'origine des branches vasculaires et par leur distribution. Le premier de ces systèmes, le *système des artères de la base,* reçoit ses rameaux du cercle artériel de Willis et des principaux troncs artériels de la base avant leur division en ramuscules. — Le second, le *système artériel de l'écorce*, tire ses origines des artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure, à partir du point où elles se divisent en branches de second ordre.

Les vaisseaux qui les composent se comportent différemment dans le département cortical et dans le département basilaire. Des anastomoses très-riches, fournies par des branches de communication qui rampent dans la profondeur des circonvolutions, mettent en rapport les diverses circonscriptions vasculaires de l'écorce; de telle sorte que chacune de celles-ci peut recevoir le sang qui l'alimente de n'importe quel point de la surface du cerveau. — Ces anastomoses ont, en général, 0^{mm} 15 de diamètre.

Dans le département de la base, au contraire, chaque circonscription isolée ne reçoit qu'un ramuscule terminal, et n'est injectable que par ce vaisseau de 1 et 1/2 à 1/2 ^{mm} de diamètre. Tandis que les artérioles de l'écorce fournissent avant d'y pénétrer un long chemin dans la pie-mère, celles de la base se détachent à angle droit des troncs et pénètrent dans les centres nerveux au bout d'un trajet beaucoup plus court (1/2 à 1 et 1/2 c. m.).

Voici quelle est la distribution de ces vaisseaux :

I. — *Artères de la base.* 1° L'artère du corps calleux entre l'artère de la scissure de Sylvius et la communicante antérieure fournit une artériole à la tête du corps strié, à l'infondibulum, à la partie antérieure du chiasma.

2° Au confluent de l'artère du corps calleux et de l'artère de Sylvius, et au niveau du premier centimètre de celle-ci naissent des branches pour la première et la deuxième portion du noyau lenticulaire.

3° De deux centimètres à partir de l'origine de l'artère de la scissure de Sylvius émanent les artérioles de la 3e portion du noyau lenticulaire, de la partie moyenne du corps strié, et peut-être de l'avant-mur.

4° L'artère communicante postérieure fournit au tubercule antérieur de la couche optique, à la queue du corps strié et à la commissure molle.

5° L'artère des plexus choroïdes donne des rameaux à la circonvolution d'Hippocampe, à la corne inférieure du ventricule latéral, aux plexus choroïdes du troisième ventricule, aux tubercules quadrijumeaux, à la 1/2 postérieure de la couche optique.

6° Les deux premiers centimètres de l'artère cérébrale postérieure donnent aux pédoncules cerébraux, aux plexus choroïdes du troisième ventricule, aux tubercules quadrijumeaux, à la 1/2 postérieure de la couche optique.

II. — *Artères de l'écorce.* Il est bien plus difficile de les injecter isolément. Les branches qui naissent en arrière de l'artère communicante antérieure pourvoient la première circonvolution, le triangle et le nerf olfactifs ; puis la première circonvolution frontale et la partie correspondante du corps calleux ; enfin plus loin encore sur l'artère cérébrale antérieure naissent les rameaux des circonvolutions marginales et ceux de la première pariétale.

L'artère de la scissure de Sylvius donne quatres branches : la 1re fournit à la 3e circonvolution frontale ; la 2e à la seconde ; la 3e aux parties des deux circonvolutions centrales et de la pariétale supérieure qui sont situées sur la face convexe du cerveau. La 4e donne aux 2e et 3e circonvolutions pariétales et à des portions des temporales.

L'insula reçoit diverses petites branches de cette artère (elles sont difficiles à injecter), jamais de tronc notable.

L'artère cérébrale postérieure fournit aux circonvolutions occipitales et à certaines portions des temporales.

Les artères du cervelet forment de riches réseaux d'anastomoses sous la pie-mère.

PAUL BERGER.

De l'épiderme et des épithéliums, par L.-H. FARABEUF. (*Thèse d'agrég., Paris, G. Masson,* 1872.)

Les faits nouveaux énoncés dans ce travail exécuté rapidement comme toutes les thèses de concours, sont peu nombreux. Nous les indiquerons après avoir étudié surtout le plan suivi par l'auteur dans l'exposition tentée par lui des faits actuellement connus au sujet de l'*anatomie et de la physiologie des épithéliums*.

Dans la première partie de son travail, M. Farabeuf donne une *idée générale des épithéliums*. La définition de l'épithélium en lui-même n'est pas nettement formulée en tête du travail, mais la notion fondamentale, celle qui résulte de l'étude du développement de l'embryon, est bien indiquée. Deux feuillets blastodermiques donnent d'abord les couches épithéliales du revêtement cutané (feuillet externe ou corné) et du revêtement muqueux (feuillet interne), le feuillet moyen fournit plus tard l'endothélium vasculaire et celui des séreuses. L'auteur entre, on le voit, de prime abord dans la distinction fondamentale proposée par His, et qui, du reste, est universellement acceptée avec quelques modifications de détail.

L'élément épithélial, en lui-même, est ensuite étudié dans ses diverses formes, puis vient l'arrangement des cellules entre elles, l'existence du ciment intercellulaire, de la membrane basilaire (*basement membrane*, Bowman); les rapports des vaisseaux sanguins et lymphatiques avec les couches épithéliales sont indiqués. L'absence de vaisseaux sanguins est l'un des caractères fondamentaux des couches épithéliales, un des termes de leur définition. L'absence de vaisseaux lymphatiques, admise par l'auteur, est beaucoup plus contestable. Enfin la distribution des nerfs dans certains épithéliums (*cornée*, Cohnheim; *épiderme*, Langerhans), etc. est décrite d'une manière générale, ainsi que la terminaison des nerfs, non plus contre les cellules, mais bien dans des appareils particuliers ressemblant plus ou moins à des éléments cellulaires : (*cellules et cils gustatifs*, Schwalbe; *cellules olfactives*, M. Schultze; cellules auditives, etc.).

Le deuxième chapitre est consacré à la physiologie des épithéliums (leur nutrition et leurs transformations nutritives : graisseuse, muqueuse, colloïde, pigmentation. Leur rôle : *épithéliums imperméables* (?) ou *de protection* et *perméables*, *indifférents*, *sélecteurs*, *sécréteurs*).

La mort des épithéliums et la question des transplantations épithéliales sont traitées avec quelques détails. Les travaux de D. Page, de Czerny, Colrat, Morat, Poncet, et surtout ceux de Reverdin, relatifs à l'importante question des greffes, sont analysés en détail.

Le chapitre de la genèse des épithéliums est l'exposé des opinions doctrinales du professeur Robin à ce sujet, nous ne nous y arrêterons pas. La classification proposée par l'auteur pour la description des épithéliums est la suivante.

Épithéliums.

Nucléaires		*Nucléaires.*
Sphéroïdaux (réguliers ou taillés à facettes)		*Sphéroïdaux.*
Cylindriques.	*Simples ou non ciliés.*	
	A cils vibratiles.	
Pavimenteux.	Simples	*Lamellaires* (endothéliums).
	Stratifiés.	Mous, *Pavimenteux*, proprement dits, ou polymorphes.
		A couche cornée. *Epiderme.*

La deuxième partie de la thèse de Farabeuf n'est que le développement pur et simple du tableau précédent.

Les deux premières variétés d'épithéliums admises par l'auteur sont l'*épithélium nucléaire* et l'*épithélium sphéroïdal.* A la suite de l'étude de la première variété, vient nécessairement la question même de la réalité de son existence, et c'est avec grande raison que Farabeuf la résout par un point d'interrogation. L'existence de noyaux libres, c'est-à-dire en dehors de l'élément cellulaire tel qu'il a été considéré dans ces derniers temps par Max Schultze, n'a pu, en effet, être constatée nulle part en dehors du cas où l'on dégage *mécaniquement* un noyau de la masse de protoplasma qui l'entoure.

La description d'une forme à part, sous le titre d'*épithélium sphéroïdal*, n'a non plus guère sa raison d'être. La plupart des épithéliums glandulaires décrits par les auteurs sont bien plutôt des épithéliums prismatiques. Ceux des glandes à mucus, comme les glandes salivaires, ont une structure toute particulière qui doit plutôt être rapprochée de celle des cellules caliciformes de l'intestin que de toute autre. Il eût mieux valu étudier ces formes à propos de l'épithélium cylindrique. Nous remarquerons à ce sujet que l'élément sécréteur du mucus, si abondamment répandu dans l'intestin et dont la physiologie est si importante, aurait pu comporter un développement plus considérable.

Dans le chapitre consacré à l'étude des endothéliums (*épithélium lamellaire* de l'auteur), nous signalerons un certain nombre de faits communiqués à l'auteur par Ranvier et relatifs aux recherches de cet histologiste sur les orifices placés dans l'épaisseur du mésentère des grenouilles. Des figures originales, dessinées sous la direction de Ranvier à l'appui de ces recherches, donnent une importance particulière à cette partie de la thèse que nous analysons.

En 1872 (*Comptes rend.*, Soc. de biolog.), Ranvier décrivit sur le mésentère des grenouilles des orifices placés dans l'épaisseur de la séreuse et différant de ceux précédemment décrits par Schweigger, Seidel et Dôgiel, tant par le mode de disposition des cellules, que parce que ces orifices ne sont pas constamment ouverts.

Placés au voisinage des vaisseaux, ces orifices sont bordés par une couronne de cellules épithéliales étroites, allongées, et offrant une disposition radiée. Au centre du groupe, existent une, deux, ou plusieurs cellules formées d'un protoplasma granuleux, et très-remarquables par le contraste qu'elles offrent avec les plaques endothéliales voisines qui leur forment une sorte de couronne ; elles ne présentent point de substance intercellulaire, se laissant imprégner facilement par le nitrate d'argent. Peu adhérentes, elles sont facilement chassées par le pinceau ; on voit alors à leur place un trou arrondi, limité par une couronne de tissu conjonctif légèrement tassé, et dont l'aire est souvent occupée par un réticulum semblable à celui de l'épiploon. Les travées de ce réticulum se détachent nettement des fibres conjonctives du contour. On a donc là, dans le mésentère, de véritables petits épiploons en miniature.

Nous citerons encore l'analyse du travail d'Axel Key et Retzius sur l'endothélium des centres nerveux et des nerfs. On sait que ce dernier travail, analysé dans le dernier numéro de ce journal, est sensiblement, sur ce point, la reproduction des travaux antérieurs de Ranvier; nous n'y insisterons pas davantage.

Quant au chapitre traitant des épithéliums pavimenteux, il expose, à peu de chose près dans l'ordre classique, les faits connus jusqu'à présent. J. RENAUT.

Note pour servir à l'étude de quelques papilles vasculaires (Vaisseaux des poils ; substance médullaire des poils), par M. DUVAL. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie, janvier, février* 1873, *p.* 31-41, *pl.* 1 *et* 2.)

Il y a déjà plusieurs années que Steinlein et Nathusius (1) ont décrit un réseau vasculaire complet dans tout le canal médullaire du poil.

Ils envisagèrent d'une manière toute nouvelle la substance médullaire des productions pileuses en la considérant comme une papille dermique plus ou moins modifiée à son extrémité.

Mathias Duval a repris ces recherches peu connues et a étudié la papille vasculaire dans ses rapports avec la substance médullaire sur les poils tactiles du chat et du lapin, sur les plumes naissantes des oiseaux et sur les poils gigantesques des hérissons et des porcs-épics.

(1) W. v. Nathusius. *Ueber die Marksubstanz, etc. Archiv von Reichert und Du Bois-Reymond*, 1869, p. 69. — *Steinlein, Henle und Pfeufer's Zeitschrift*, Bd IX, p. 153.

La papille vasculaire des poils tactiles du chat et du lapin, après avoir fourni un réseau dans le bulbe pileux, se continue en une anse vasculaire qui parcourt une certaine longueur de l'axe de la racine du poil. Le tissu qui entoure ces vaisseaux et qui forme à leur niveau la partie centrale du poil, est, au dire de l'auteur, « un « tissu presque amorphe vaguement fibrillaire, une forme embryon- « naire de tissu conjonctif comme le tissu de la pulpe dentaire, par « exemple. »

Ce n'est qu'à partir du point où se termine l'anse vasculaire centrale qu'on trouve dans l'axe du reste du poil la véritable substance médullaire formée de cellules arrondies ou polyédriques, à courte distance de la paroi, souvent aplaties et à noyau atrophié.

Cette disposition existe seulement sur les poils tactiles, les poils ordinaires qui forment le pelage des animaux sont dépourvus du prolongement vasculaire axial. Comme Jobert l'avait déjà indiqué (*Thèses de la Fac. de sciences* 1872 et *Ann. des sc. nat.* 1872), cette disposition paraît être en rapport avec les fonctions mêmes des poils tactiles.

Les plumes des oiseaux se forment comme les poils des mammifères ; elles possèdent un *bulbe plumigène*, long et vasculaire, se prolongeant dans un tuyau de l'extrémité libre duquel s'échappent des pinceaux de poil qui constituent plus tard la partie libre (tige et barbe).

Le tube ou tuyau de la plume est primitivement rempli par la papille vasculaire et chez l'adulte elle renferme des lamelles entre-croisées qui constituent la moelle du tuyau de la plume.

Pour l'auteur, cette moelle n'est point le reste d'une papille dermique, mais bien la conséquence du retrait de cette papille qui en s'atrophiant se coiffe des lamelles les plus internes du tube corné qu'elle entraîne un instant dans sa marche rétrograde et qui restent échelonnées dans le tube qui se vide sous forme de cloisons, qui marquent les étapes du retrait de la pulpe vasculaire.

La moelle de la tige est, au contraire, composée de lames épidermiques formant des cellules polyédriques régulières qui n'ont été modifiées ni par la végétation ni par le retrait de la papille vasculaire.

Les poils du porc-épic et du hérisson auraient une structure très-semblable à celle des plumes des oiseaux présentant une partie modifiée par le retrait de la papille (moelle du tuyau) et une autre non modifiée (moelle de la tige).

Les phénomènes qui accompagnent le retrait de la papille vasculaire des poils et des plumes constituent à eux seuls la partie originale de ce travail. J. RENAUT.

Weitere Studien über die Sructur der Riechschleimhaut bei Wirbelthieren (Études sur la structure de la muqueuse olfactive chez les vertébrés), par le Dr S. EXNER, de Vienne. (*Sitzungsberichte der k. Akad. der Wissensch., mathem. naturw. Classe, Bd LXV, 3te Abtheil.*, 1872.)

Les recherches de l'auteur ont surtout pour but de vérifier l'exactitude des travaux de M. Schultze. Il rappelle succinctement que ce fut Ecker qui le premier, en 1855, décrivit deux espèces de cellules sur l'épithélium de la *portion olfactive* de la membrane de Schneider; Ecker pressentit plutôt qu'il ne démontra la connexion du nerf olfactif avec l'une de ces deux espèces de cellules. Un an après, M. Schultze reprit cette question qu'il fit sienne en quelque sorte par l'importance de ses travaux.

Pour M. Schultze, l'épithélium de la portion olfactive de la pituitaire renferme deux sortes de cellules, appartenant toutes deux à la variété de l'épithélium cylindrique, mais présentant des différences notables. Les unes (*cellules épithéliales* proprement dites de M. Schultze) présentent un noyau circulaire, un protoplasma finement granulé et pigmenté, et deux prolongements, l'un externe surmonté de cils vibratils chez les espèces inférieures et probablement aussi chez l'homme; l'autre interne qui se bifurque ou se trifurque et dont les ramifications s'anastomosent entre elles et avec les ramifications des cellules voisines. La deuxième variété de cellules (*cellules olfactives* de M. Schultze) présente pareillement deux prolongements, un externe et un interne, mais d'un aspect tout différent. Les prolongements sont infiniment plus minces et plus grêles; l'externe arrive jusqu'à la surface libre de la muqueuse, placé entre les cellules épithéliales proprement dites; l'interne, bien plus grêle encore, à peine perceptible aux plus forts grossissements, ne se bifurque jamais, mais présente de distance en distance des varicosités sous l'influence des réactifs (acide chromique, eau). On sait que pour M. Schultze la production de ces varicosités sur le trajet d'une fibrille est caractéristique, en quelque sorte, de la nature nerveuse de cette fibrille.

D'après l'habile histologiste de Bonn, cette deuxième variété de cellules serait de véritables cellules nerveuses, tout à fait comparables aux cellules ganglionnaires de la rétine; le prolongement interne de ces *cellules olfactives* se continuerait directement avec les fibres de terminaison du nerf olfactif, absolument comme les fibres du nerf optique se mettent en rapport avec les cellules ganglionnaires de la rétine.

En effet, immédiatement sous la couche des cellules épithéliales de la pituitaire se trouve un réticulum extrêmement délicat dans les mailles duquel sont disséminés des noyaux. Ce réticulum est presque identique, quant à l'aspect, à ce que l'on décrit dans la ré-

tine sous le nom de couches granulées internes et externes. Pour M. Schultze, cette *couche sous-épithéliale* serait de nature conjonctive (analogue à la névroglie des centres nerveux); les fibrilles qui en constituent les mailles entreraient en connexion avec les prolongements chevelus et ramifiés des *cellules épithéliales* de la membrane olfactive; quant au prolongement filiforme et non ramifié des *cellules olfactives*, il ne ferait que traverser cette couche sous-épithéliale sans contracter de connexions avec elle et se continuerait directement avec les filets terminaux du nerf de la première paire.

En résumé, pour M. Schultze, les *cellules olfactives* seraient de véritables cellules ganglionnaires, analogues à celles de la rétine et se continuant seules directement avec les filets radiculaires du nerf olfactif; quant aux *cellules épithéliales* proprement dites, elles n'entrent pas en connexion directe avec les éléments nerveux; elles constituent non pas un appareil proprement sensitif, mais un appareil de perfectionnement ou de protection, quelque chose d'analogue à la couche des cônes et des bâtonnets de la rétine.

Les recherches de Schultze et l'ingénieux parallèle sur lequel il les appuyait ont été adoptés par la généralité des histologistes : Kolliker, Lockart, Clarke, Henle, Frey s'y rallièrent absolument. Les travaux de contrôle d'Exner, en confirmant un grand nombre de points de détails établis par Schultze, ne lui permettent point d'arriver à la même conclusion générale.

Les recherches d'Exner ont porté sur la muqueuse olfactive d'un grand nombre de poissons, de batraciens, d'oiseaux, de mammifères, et enfin de l'homme. L'auteur se sert de la solution d'acide hypérosmique au centième ; de petits fragments de la membrane de Schneider sont plongés dans ce réactif pendant 15 à 30 minutes, puis lavés à grande eau et maintenus dans ce liquide pendant trois jours; la préparation est alors bonne à être examinée et se conserve pendant une quinzaine environ. L'auteur procède par dissociation à l'aide d'aiguilles; c'est selon lui le meilleur moyen de converser les connexions des terminaisons nerveuses avec les éléments épithéliaux. Trois planches bien soignées, obtenues par l'héliogravure, accompagnent le mémoire.

Ne pouvant entrer dans le détail, nous nous bornons à énoncer les résultats auxquels est arrivé l'histologiste viennois :

La distinction si nettement formulée par Schultze des *cellules épithéliales* et des *cellules olfactives* n'est pas justifiée et est purement artificielle. On retrouve bien les deux formes extrêmes décrites par Schultze, mais elles sont relativement rares et entre elles existent une foule de formes intermédiaires. On s'en convainc aisément en jetant un coup d'œil sur les dessins de l'auteur; à côté d'une cellule à prolongements trapus, dont l'interne est arborisé, et qui, par conséquent, reproduit le type de la *cellule épithéliale* de

Schultze, on en voit d'autres qui devient plus ou moins de ce type et se rapprochent insensiblement de celui de la *cellule olfactive;* ainsi, telle cellule dont le prolongement externe restera épais, présentera un prolongement interne grêle et non ramifié, et *vice versa*. Nombre de cellules, rappelant du reste tout à fait l'aspect des cellules olfactives, présentent un prolongement interne très-ténu, mais visiblement ramifié; bref, aucune forme de transition ne fait défaut, et les formes types de Schultze ne sont qu'une exagération dans un sens ou dans l'autre et constituent de véritables exceptions. Une division dichotomique franche n'est donc pas applicable ici, histologiquement parlant, encore moins au point de vue physiologique.

Pour ce qui est de la *couche réticulée sous-épithéliale*, de nature connective d'après Schultze, Exner la regarde comme étant essentiellement nerveuse; les fibrilles très-ténues qui la composent seraient en connexion d'une part avec les fibres du nerf olfactif, de l'autre avec les prolongements ramifiés de toutes les cellules de la muqueuse. On voit que cela nous ramène à l'ancienne discussion sur la nature de la névroglie des centres nerveux et de la rétine; Exner considère le réseau sous-épithélial comme étant surtout de nature nerveuse et formé par les *prolongements de protoplasma* des cellules épithéliales, absolument comme, pour Deiters et ses disciples, la névroglie de l'axe gris de la moelle est essentiellement constituée par les prolongements de protoplasma des cellules nerveuses.

Si les résultats énoncés par l'auteur se vérifient, il faudra définitivement abandonner la distinction devenue classique depuis Max Schultze et qui consiste à reconnaître deux éléments dans la muqueuse olfactive, les uns épithéliaux, les autres nerveux, les uns destinés à recueillir la sensation, les autres jouant un rôle purement protecteur ou de perfectionnement. Disons cependant que cette distinction paraît solidement établie, en ce qui concerne la rétine, par les travaux de M. Schultze et de Rouget; et il faut attendre de nouveaux faits négatifs avant de renoncer à une division dichotomique que les laborieuses recherches de ces auteurs tendaient à faire accepter comme une loi générale et applicable à tous les appareils sensoriaux. STRAUS.

Das Nervenepithel der Crista acustica in den Ampullen der Voegel (Epithélium des nerfs de la crête acoustique dans les ampoules des oiseaux), par V. v. EBNER. (*Berichte des naturw. Vereines in Innsbruck*, IIIer *Jahrgang*, 1872, *S. A.* 25 *Stn.*, 1 *taf.*)

Les recherches de Hasse, sur les terminaisons nerveuses dans les ampoules des canaux demi-circulaires des oiseaux, sont en divergence avec les conclusions de Max Schultze sur la crête acoustique

des poissons. Ebner, pour éclaircir la question, a étudié sur le poulet la crête acoustique durcie par l'acide osmique. Il a constaté que l'épithélium de cette dernière est composé de plusieurs couches et non d'une seule. Il est stratifié comme chez la raie (Schultze), et Ebner y distingue trois espèces de cellules :

1° Des cellules cylindriques à cils très-fins, cils libres dans la cavité de l'ampoule;

2° Des cellules fusiformes subjacentes aux cellules cylindriques et formant de deux à quatre couches, d'où sortent en se portant vers la profondeur des prolongements brillants, longs et minces, dont un certain nombre se dirigent aussi en haut, s'insinuent entre les cellules cylindriques et se prolongent jusqu'à leur bord libre ;

3° Enfin, des cellules formant la couche la plus profonde de l'épithélium, disposées en une couche simple et rétrécie immédiatement au-dessus de la substance cartilagineuse des ampoules.

Ces cellules sont unies par une substance intercellulaire granuleuse qui remplit leurs interstices et pénètre, en outre, entre les cellules cylindriques jusqu'à leur bord libre, de sorte que chacune de ces dernières est entourée par ce ciment comme d'un manteau, à la façon des bâtonnets de la rétine, entourés par leurs prolongements pigmentaires. Les interstices, ainsi remplis par le ciment intercellulaire, peuvent atteindre des dimensions égales à la moitié du diamètre d'une cellule. Les différences existant entre les résultats de Hasse et ceux d'Ebner doivent être attribuées, d'après ce dernier, aux réactifs durcissants : l'alcool et l'acide chromique déformant, d'après lui, le tissu d'une manière particulière.

Les fibres nerveuses, après s'être partagées en deux rameaux, montent dans les canaux demi-circulaires jusque perpendiculairement à travers la substance cartilagineuse de la crête et perpendiculairement à la couche épithéliale.

Près des parois de l'ampoule, là où l'épithélium se termine par un bord demi-circulaire, les fibres nerveuses prennent une direcsion légèrement oblique et se rapprochent de la perpendiculaire au moment où elles pénètrent dans l'épithélium. Il est plus facile de poursuivre le trajet des nerfs dans l'épithélium au niveau du *planum semilunatum* qu'au milieu de la crête. Les fibres nerveuses contenant de la myéline ne sont pas divisées. A la limite de l'épithélium, où Ebner ne trouve point la membrane basilaire amorphe décrite par Hasse et Rüdinger, les fibres nerveuses perdent leur myéline, ce qu'il est facile de constater par la disparition à ce niveau de la coloration noire caractéristique déterminée par l'osmium. La fibre nerveuse se réduit, dans l'épithélium, à son cylindre-axe et paraît striée longitudinalement. On voit souvent les cylindres-axes se bifurquer en deux rameaux; cependant leurs divisions sont peu nombreuses et se réduisent à trois au maximum. Ebner n'a jamais vu des divisions du cylindre-axe aussi nombreuses que Max

Schultze l'a indiqué pour la raie, et il n'a pu voir les terminaisons ultimes du nerf dans l'épithélium. Il admet deux hypothèses relativement à cette terminaison : 1° Les nerfs après s'être divisés en filaments très-fins s'insinuent entre les cellules cylindriques sans pénétrer dans aucune d'elles, et se terminent au niveau de leur bord libre, peut-être par un cil; 2° Les fibres nerveuses entrent préalablement en communication avec les cellules fusiformes, de telle sorte que les filaments terminaux pénétrant entre les cellules cylindriques seraient des prolongements des cellules fusiformes elles-mêmes.

Cette analyse est le résumé de l'article publié par F. Boll, dans le *Centralblatt* (n° 1, janvier), la publication originale nous ayant fait défaut. J. RENAUT.

Notiz über die Ranvier'schen Sehnenkœrper (Note sur les cellules tendineuses de Ranvier), du Dr A. GRUENHAGEN. (*Archiv für mikroskopische Anatomie, von Max Schultze*, 1er *fascicule*, 1873, *p.* 282.)

Dans cette courte note, l'auteur expose le résultat de ses recherches sur les éléments cellulaires des tendons décrits pour la première fois par Ranvier. Il a été amené à les envisager d'une façon très-peu différente de celle exposée, il y a deux ans, par Franz Boll dans son travail sur le tissu conjonctif.

Gruenhagen n'admet ni l'enroulement de cellules plates qui, d'après Ranvier, donne à chacune d'elles, chez la taupe et les oiseaux, la forme d'un petit cylindre creux, ni la soudure de chaque cellule avec la cellule supérieure et inférieure par un ciment particulier. Il admet au contraire des cellules plates d'une minceur extrême appliquées à la surface des faisceaux de tissu conjonctif du tendon comme une feuille de papier collée sur un cylindre solide, et se terminant par des prolongements frangés très-délicats.

Après macération du tendon dans le carmin de Schweigger-Seidel et addition de glycérine acidifiée, il dit avoir isolé, en comprimant la préparation, des éléments cellulaires caractérisés comme suit :

Ce sont des cellules plates, en forme de rectangle allongé dont la hauteur est en moyenne de 7,95 μ. et la largeur de 6,36 μ. Elles contiennent un noyau qui se colore vivement par le carmin et qui occupe la face convexe de l'élément constitué lui-même par une substance hyaline qui forme au noyau un manteau protoplasmique et se courbe légèrement en forme de tuile.

Lorsqu'on regarde ces plaques cellulaires de face, elles paraissent moins colorées que lorsqu'elles se présentent par le côté, parce que les rayons lumineux traversent une plus grande épaisseur de substance imprégnée de carmin quand la cellule est placée

de champ (ce phénomène avait été explicitement décrit par Ranvier).

Enfin, de chaque côté de la cellule plate ainsi constituée existe, d'après Gruenhagen, un prolongement membraneux en forme d'aile, formé d'une substance transparente d'une finesse extrême et se terminant sur le faisceau de fibres conjonctives du tendon, qu'il enveloppe par une pellicule délicate, dentelée de diverses façons. Les cellules superposées étant munies chacune de prolongements analogues, ceux-ci forment un revêtement au faisceau de fibres conjonctives et sur une préparation comprimée ce revêtement forme en se déchirant les dentelures délicates du prolongement membraneux des cellules.

La constitution d'un tendon de souris ou de rat serait, en conséquence, la suivante. Les éléments cellulaires se mouleraient sur les faisceaux tendineux. De leurs bords partiraient des membranes délicates s'insinuant entre les faisceaux et se terminant par des dentelures. Sur une coupe transversale les espaces stellaires formés par l'intervalle des faisceaux montreraient le noyau des cellules sans membrane qui comblent l'interstice, et les prolongements ramifiés répondraient à la section des ailes membraneuses des cellules formant l'enveloppe des faisceaux.

L'examen des tendons traités par l'acide picrique, et le chlorhydrate de pepsine à la température de + 40° ont confirmé l'auteur dans les opinions que nous venons d'exposer. Il a vu disparaître les noyaux des cellules avec la dernière méthode ; ce fait n'a rien qui doive surprendre. Quant aux imprégnations par le nitrate d'argent, elles ne lui ont pas montré de ciment intercellulaire entre les cellules plates du tendon, mais bien un réseau plus ou moins régulier à la surface des faisceaux tendineux.

Le long des traînées cellulaires formées par les éléments superposés, Gruenhagen signale un filament brillant élastique et fin accompagnant la traînée dans toute sa longueur, se divisant parfois dichotomiquement et toujours déchiré à son extrémité. Il ne donne pas d'autres détails sur ce point qui a été l'objet d'interprétations assez obscures de la part de F. Boll ; il est très-probable que ce filament n'est autre chose que la gaîne élastique décrite par Ranvier, gaîne qui forme, après qu'elle a été ouverte, une ligne onduleuse le long de chaque traînée cellulaire.

La note de Gruenhagen ne renferme aucun fait nouveau relatif à l'histoire des éléments cellulaires des tendons, et ses conclusions sont passibles des mêmes objections que j'ai opposées ailleurs (*Arch. de phys.*) à celles de Boll, qu'elles reproduisent.

J. RENAUT.

Ueber die Structur der quergestreiften Muskelfaser bei den Insecten (Structure de la fibre musculaire striée chez les insectes), par GRUNMACH. (*Thèse inaugurale de Berlin* 1872; *analysée dans le Centralbl.*, 28 *déc.* 1872.)

Voici les conclusions de ce travail :

La partie élémentaire de la fibre musculaire striée est la *colonne musculaire* de Kœlliker. Elle se compose d'une substance fondamentale, claire, brillante, dans laquelle sont enchâssés de distance en distance des corps de couleur mate, prismatiques, d'égale largeur ou alternativement larges et étroits; ce sont les sarcous éléments.

Les « colonnettes musculaires » sont séparées les unes des autres par une substance « intercolumnaire, » tenant en suspension des particules granuleuses et des gouttelettes de graisse.

Un certain nombre de ces colonnes musculaires, réunies par une enveloppe de sarcolemme, constituait le faisceau musculaire primitif.

Examinés à la lumière polarisée, les sarcous éléments présentent la double réfraction, la substance fondamentale, la réfraction simple. STRAUS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Recherches sur la conservation temporaire des cadavres, au point de vue des travaux de dissection et de médecine opératoire, par Ch. LEPRIEUR. (*Thèse de Doctorat, Paris*, 1872, *in*-4°, 88 *pages.*)

Une étude attentive des différentes substances antiputrides employées pour la conservation des cadavres a montré à M. Leprieur qu'une solution aqueuse d'*acide phénique*, d'*acide arsénieux*, d'*acétate de soude* et de *glycérine* présentait des avantages marqués sur les autres liquides proposés jusqu'à ce jour. Cette solution qui conserve parfaitement les tissus, sans changer leur aspect, n'émousse pas les instruments, n'offre pas de danger pour ceux qui la manient, et est d'un prix de revient très-minime. (Voir, *Revue des sc. méd.* p. 22). E. D.

On embalming (Sur l'embaumement), par H.-G. HOWSE. (*Guy's hospital reports, third series, vol. XVII.*)

L'auteur préconise l'injection faite par la fémorale au triangle de Scarpa, d'une solution à chaud d'acide arsénieux dans la glycérine (une livre par quarte). On doit filtrer le liquide avant l'injection. Il estime la dépense pour chaque sujet à 30 shillings environ (près de 40 fr.). S. J.

Record of irregular muscles noticed in the dissecting-room at King's college, London, during the session 1868-69, 1869-70 and 1870-71, par J. BESWICK-PERRIN. (*Med. Times and Gazet.*, 7 *déc.* 1872, II, *p.* 622, *et* 14 *déc.*, II, *p.* 649.)

Les anomalies musculaires sont fréquentes. Parmi les sujets qui servent aux dissections, il en est bien peu qui n'en présentent quelques-unes. S'il s'agissait simplement de constater les variations nombreuses que l'on rencontre dans l'existence ou la disposition des faisceaux et des tendons des muscles, on pourrait ne voir dans cette constatation qu'un travail de pure curiosité. Mais l'anatomie comparée nous apprend que les anomalies des *muscles de l'homme* répondent presque toujours à une disposition normale des *muscles chez les animaux* les plus voisins. Il y a donc intérêt à enregistrer soigneusement ces anomalies et c'est pour cela que le travail consciencieux auquel s'est livré l'auteur du mémoire que nous citons mérite d'être signalé.

Beswick-Perrin classe en trois groupes les anomalies musculaires qu'il a consignées ; le premier comprend les muscles *adventices*, qu'on ne rencontre pas habituellement chez l'homme ; le second, les muscles *hétéromorphes*, qui présentent une disposition s'éloignant du type ordinaire ; le troisième groupe renferme les anomalies musculaires *par défaut* (*absentaneous muscles*). E. D.

Einige Notizen über die Circulations-Verhältnisse der Milz (Note sur la circulation de la rate), von Olga STOFF und Sophie HASSE. (*Centralblatt*, 9 *nov.* 1872.)

Ces deux dames russes, travaillant sous la direction de Frey, au laboratoire de Zurich, ont cherché à contrôler les résultats obtenus par W. Müller et Frey, d'après lesquels la communication des artères avec les veines dans la rate ne s'effectue pas par l'intermédiaire des capillaires, mais par des lacunes sans parois propres.

Une première série de recherches portèrent sur des rates non injectées de poissons, de reptiles, d'oiseaux, de mammifères et d'homme ; ces rates furent durcies par un séjour d'une semaine dans une solution de 1 °/₀ de liquide de Müller, placées ensuite pendant un ou deux jours dans l'eau distillée, puis définitivement durcies dans l'alcool.

Les globules rouges, de la rate se voient ainsi parfaitement conservés, légèrement colorés en jaune, et forment une véritable injection naturelle ; les globules blancs restent incolores, mais rien n'est plus facile que de les colorer par le carmin ou l'hématoxyline.

Sur des coupes de pièces ainsi préparées, on constate nettement que les globules rouges, ainsi que les globules blancs, sont *libres* dans les mailles du réticulum de la pulpe splénique ; le réticulum des corpuscules de Malpighi ne contient pas de globules rouges.

A l'aide du pinceau on arrive, avec difficulté, il est vrai, à constater que les capillaires se terminent, comme l'indique Müller, dans un réseau lacunaire constitué par le réticulum de la pulpe. Cette disposition s'observe le plus facilement sur la grenouille et la salamandre.

L'examen de pièces *injectées* donne les mêmes résultats. Il faut se servir d'une injection transparente (gélatine). Les espaces lacunaires sont ainsi très-facilement remplis, et on y voit aboutir les terminai-

sons capillaires des artères d'une part, et les origines veineuses de l'autre.

Ces espaces lacunaires remplis de gélatine ne présentent pas l'aspect d'extravasats ; on les constate toujours, alors même que l'injection a été poussée avec les plus grands ménagements. Jamais, du reste, on ne voit un capillaire établir la communication entre les artérioles et les veinules. Cette communication s'effectue donc au moyen de lacunes, ainsi que l'a démontré W. Müller. STRAUS.

Ein Beitrag zur Kenntniss des feineren Baues und der Entwicklungsgeschichte der Nebennieren (Texture et développement des capsules surrénales), par Albert von BRUNN (*Archiv für mikrosk. Anatomie, vol. VIII, fasc. 4, p.* 618.)

1° *Texture.* Brunn déclare que le travail de Grandry (*Journal de l'Anat. et de la Phys.* 1867.—*Mai-Juillet*) n'a rien ajouté à ce que l'on savait sur ce point ; et que, par conséquent, il peut se dispenser de rendre compte de sa description. Mais il faut reconnaître qu'il ajoute lui-même fort peu aux résultats des recherches de Grandry ; on se bornera donc à signaler les points sur lesquels son opinion se sépare de celle de cet auteur.

Toutes les cellules des capsules surrénales, suivant lui, sont munies d'un ou deux prolongements qui en font de véritables corps fusiformes : il croit devoir les rattacher au tissu conjonctif. Il déclare n'avoir jamais trouvé le revêtement épithélial que Grandry décrit aux vésicules closes qui forment la couche corticale externe (zone des glomérules). — Il a trouvé dans la membrane d'enveloppe des capsules des cellules nerveuses ganglionnaires analogues à celles que Grandry a décrites à leur centre. Enfin il appuie encore davantage sur les connexions intimes des capillaires avec les vésicules closes, et sur leur nature principalement veineuse.

2° *Développement.* La capsule surrénale se développe aux dépens des cellules du feuillet moyen du blastoderme ; elle est en connexion intime avec les parois des gros vaisseaux. Les deux substances des capsules surrénales tirent leur origine de deux blastèmes : celui qui donne naissance à la substance corticale est en relation avec l'artère ; l'autre, où apparaît la substance médullaire, est relié à la veine cardinale. P. B.

Trajet suivi dans le cerveau par les cordons antérieurs de la moelle épinière, par Elie LEBEDEFF, de Saint-Pétersbourg. (*Meditzinsky Wiestnik*, 1873, nos 6, 7, 8 *et* 9 (1).)

A l'aide de coupes fines transversales et longitudinales pratiquées, chez de petits mammifères, sur le cerveau durci d'abord dans l'alcool, puis dans le bichromate de potasse, M. Lebedeff est parvenu à suivre la marche des faisceaux antérieurs de la moelle dans leur portion intracrânienne. Pour s'assurer de l'exactitude des premiers résultats, l'auteur a eu recours à un autre mode de préparation. Il a fait durcir le cerveau dans une solution de bichromate de potasse aux deux ou trois centièmes, et les coupes, après avoir été placées dans l'osmium amide et le chlorure d'or, ont été colorées par le carmin.

(1) La traduction a été faite par M. J. de Mierzejewsky.

Il a pu s'assurer ainsi que les cordons antérieurs continuent directement leur trajet dans la moelle allongée, passent sous l'aqueduc de Sylvius, descendent sous forme d'un faisceau compacte dans les corps mamillaires où ils s'enroulent en huit de chiffre, pour s'élever en un faisceau sur la couche optique à la surface de laquelle ils s'étalent en pinceau.

Cette opinion se trouve en désaccord avec celle qui est généralement admise et, d'après laquelle, les corps mamillaires seraient formés par les pédoncules antérieurs de la voûte à trois piliers qui s'enrouleraient à ce niveau sur eux-mêmes; mais cette dernière disposition serait, d'après l'auteur, le résultat d'un mode artificiel de préparation du professeur Jüng de Dorpat, ne pouvant donner aucun résultat précis.

MAGNAN.

Sur la couche endothéliale sous-épithéliale des membranes muqueuses, par M. DEBOVE. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 23 *déc.* 1872.)

D'après les recherches de M. Debove, on trouverait, au-dessous de l'épithélium des muqueuses, une *couche endothéliale*, c'est-à-dire formée de cellules identiques à celles qui recouvrent les *séreuses*, cellules plates unies entre elles par un ciment très-fin. Cette couche se montre lorsque, après avoir chassé l'épithélium, on imprègne de nitrate d'argent la surface mise à nu; un magnifique réseau de lignes noires marque alors les limites des *cellules endothéliales*, dont les bords irrégulièrement festonnés s'engrènent entre eux. L'auteur a d'abord fait ces préparations sur les villosités intestinales, et, d'après lui, *ce que His a vu et figuré comme le revêtement d'un chylifère central, serait précisément la couche endothéliale sous-épithéliale qui appartient à la surface de la villosité.*

La membrane muqueuse des bronches présenterait également un *endothélium* placé immédiatement au-dessous de son épithélium ; « cet endothélium est polygonal, limité par des lignes droites ; il est très-probable qu'il se continue directement avec l'endothélium des infundibula, l'épithélium s'arrêtant dans les petites bronches. » — Disposition analogue pour la muqueuse vésicale.

L'auteur n'a pu encore constater à la surface de la peau une couche endothéliale sous-épidermique.

M. D.

Ueber der mikrochemische Verhalten der Leberzellen, von Dr C. BOCK und Dr F. A. HOFFMANN (Sur les propriétés histo-chimiques des cellules hépatiques. (*Archiv für path. Anat. LVI, nos* 1 *et* 2, 1 *nov.* 1872, *p.* 201-211.)

Schiff avait signalé, dans l'intérieur des cellules hépatiques, deux espèces de granulations : les unes grosses, fortement réfringentes, graisseuses bien évidemment ; les autres plus petites, à contour pâle; d'après lui, ces dernières granulations seraient d'autant plus rares que le foie contiendrait moins de matière glycogénique, et il les regarde comme formées de glycogène, sans avoir cependant pu en donner la preuve chimique. Bock et Hoffmann, à l'occasion d'études sur le diabète artificiel, ont repris cette question et ont constaté l'existence de ces granulations dans tous les foies, même dans ceux qui ne renfermaient

absolument pas de substance glycogène; ces granulations ne représentent donc pas le glycogène.

En faisant réagir une solution de 1 partie d'iode et de 10 parties d'iodure de potassium dans 500 parties d'eau sur un foie de lapin dépourvu de glycogène, la coupe de l'organe prend une teinte jaune uniforme; à l'examen microscopique, les cellules sont uniformément jaunes, les granulations paraissent plus foncées et le noyau est plus difficile à apercevoir. Si le foie renferme du glycogène, la tranche prend un aspect moucheté; les parties foncées correspondent à la région des veines sus-hépatiques, les parties plus claires à celle de la veine porte. Dans l'intérieur des cellules le noyau devient très-visible; il apparaît entouré d'un cercle plus ou moins complet, brun foncé; cette teinte va en diminuant d'intensité du noyau à la périphérie; avec un fort grossissement, on aperçoit un réseau de filaments brun foncé, partant de ce cercle périnucléaire et enfermant entre eux les granulations colorées en jaune clair. Les cellules des parties claires présentent la teinte jaune clair uniforme, leur noyau est peu distinct.

Si, enfin, le foie contient une grande quantité de glycogène, la coupe présente rapidement une teinte brun noir uniforme; dans toutes les cellules hépatiques le noyau est bien apparent; la plupart sont fortement colorées en brun foncé.

D'après les auteurs, cette réaction persiste sur des foies conservés dans une solution de chromate de potasse ou dans l'alcool.

La solution iodurée d'iodure de potassium serait donc le réactif de la substance glycogène dans l'intérieur des cellules du parenchyme hépatique. H. TH.

Ueber die Entwickelung der Samenfæden (Développement des spermatozoïdes), par le prof. NEUMANN, de Kœnigsberg. (*Centralblatt*, 28 *décembre* 1872.)

On regarde généralement en Allemagne (la Valette Saint-Georges, Schweigger-Seidel) les spermatozoïdes comme constituant une cellule épithéliale modifiée, présentant un cil vibratile, unique et très-allongé. D'après Neumann, au contraire, ces corpuscules résulteraient de la division du protoplasma de l'épithélium des canalicules séminifères, sans participation du noyau de la cellule; ce seraient de véritables cils vibratiles détachés. L'auteur, en cela, est d'accord avec Ebner (Bau der Samenkanälchen, Leipzig 1871). Ses recherches ont porté sur les spermatozoïdes du rat et de l'homme.

Chez le rat, l'épithélium testiculaire, au moment du rut, est formé par des cellules allongées et volumineuses. La base de ces cellules, appliquée sur la tunique propre, est étalée en forme de plaque et contient le noyau de la cellule, clair, volumineux, muni d'un nucléole; on y trouve en outre habituellement des gouttelettes graisseuses. De ce plateau part une colonnette effilée, formée de protoplasma finement granulé, et qui, à son extrémité terminale, se divise en plusieurs segments renflés en massue. Ce sont ces prolongements, qui, en se détachant, forment les spermatozoïdes. Entre les colonnettes en question, on trouve de petites cellules rondes, possédant un ou plusieurs noyaux sans nucléole, et qui ne prennent pas de part à la formation des filaments spermatiques.

Chez l'homme, l'épithélium présente à peu près la même disposition; les cellules offrent pareillement un plateau qui s'applique sur la tunique propre. Mais le prolongement de la cellule qui regarde vers la lumière du canalicule présente des incisures, des dépressions nombreuses, produites par la présence de cellules rondes, logées dans ces dépressions. Ces cellules rondes, pas plus chez l'homme que chez le rat, ne contribuent à former les spermatozoïdes; ceux-ci résultent uniquement de la division fibrillaire du protoplasma de la partie libre des cellules épithéliales proprement dites, que l'on peut, avec Ebner, appeler *spermatoblastes*.

STRAUS.

Structur der Gefässhäute (Structure des tuniques des vaisseaux), par J. GERLACH. (*Comptes rendus des séances de la Société physico-médicale d'Erlangen, juillet* 1872.)

De dedans en dehors, les parois des vaisseaux se composent d'éléments musculaires élastiques et conjonctifs. Gerlach décrit un procédé pour distinguer, au moyen de la coloration, ces éléments les uns des autres. Sur une même préparation, les fibres musculaires et leurs noyaux se teignent d'un beau violet, les fibres connectives, d'un brun rouge tendre, et les tissus élastiques, d'un beau jaune paille.

Pour obtenir ce résultat, il fait une coupe transversale d'un vaisseau desséché, et la met pendant quelques minutes dans une faible décoction de bois de campêche, additionnée d'une petite quantité d'alun, puis, pendant le même temps, dans une solution faible d'acide picrique, après quoi il monte sa préparation dans la glycérine ou dans le baume de Canada, après en avoir chassé l'eau.

Par ce procédé, il a pu constater les deux faits suivants :

1° La longueur et la finesse des noyaux allongés de la tunique moyenne des artères augmentent à mesure que le calibre des vaisseaux se rétrécit, (proposition démontrée par des coupes successives de l'aorte abdominale, de la carotide, de la crurale et de la radiale);

2° La moitié interne de la tunique moyenne de l'aorte est plus riche en éléments musculaires que l'externe; de plus, les parties de la tunique interne qui avoisinent la tunique moyenne n'offrent plus de lamelles élastiques, ce qui est du moins le cas dans l'aorte abdominale.

H. CHOUPPE.

Richerche istologiche sui condotti excretori delle lagrime (Recherches histologiques sur les conduits lacrymaux), par N. MANFREDI. (*Giornale della R. Academia di Torino, mai* 1871.)

Sur la muqueuse des conduits lacrymaux traités par la solution de Moleschott et Piso-Borme, l'auteur n'a point trouvé de cellules à cils vibratiles. Celles-ci apparaissent seulement sur le cornet inférieur. L'épithélium est séparé du derme muqueux par une membrane amorphe très-mince mesurant 8 à 10 μ. et assimilée par Manfredi à la membrane de Baumann située sous l'épithélium de la cornée. Cette couche serait sillonnée, d'après Manfredi, par une multitude de stries très-fines. J. R.

Untersuchungen über die Zwischensubstanz im Hoden der Säugethiere (Recherches sur la substance interstitielle du testicule des mammifères), par F. HOFMEISTER. (*Aus dem physiologischen Institute der Universitæt Prag, mars* 1872.)

L'auteur décrit sous ce titre une substance disposée en croissant ou en anneau autour des tubes séminifères et consistant en des cellules dépourvues de membranes et contenant pour la plupart un dépôt de graisse ou de pigment. J. R.

On the nature of the cuticula dentis; Nasmyth's membrane (De la nature de la cuticule dentaire, membrane de Nasmyth), par M. Ch. TOMES, professeur d'anatomie et de physiologie dentaire au Dental Hospital de Londres. (*Quanterly Journal of microscopical sciences, vol. XII, new serie, p.* 321.)

Le but du travail de M. Ch. Tomes est d'établir la nature exacte et jusqu'ici restée douteuse de cette pellicule fine qui revêt la surface extérieure de l'émail dans la couronne des dents, pellicule découverte par Nasmyth en 1839 et qui porte, depuis cet auteur, le nom de *cuticule de l'émail.*

Après avoir isolé, par l'emploi des acides et suivant le procédé ordinaire, cette pellicule à la surface de la couronne dans une coupe microscopique pratiquée sur une molaire humaine qui présentait des défectuosités profondes et des inégalités considérables de sa surface, M. Tomes est parvenu à découvrir dans l'épaisseur de la membrane des traces évidentes des cavités osseuses caractéristiques ou *ostéoplastes.*

La conclusion qu'il tire de ce fait est que la *cuticule de l'émail* représente autour de la dent humaine la couche de *cément* coronaire des herbivores. Afin d'établir une contre-épreuve, M. Tomes a soumis ensuite à la même expérience plusieurs corps de molaire de veau, et lorsque la dent était assez jeune pour que la couche cémentaire ne représentât que leur faible épaisseur, on voyait par l'emploi des acides une pellicule dans laquelle on retrouvait la présence des ostéoplastes caractéristiques. Si la couche de cément était arrivée à son entier développement, aucune pellicule ne se soulevait ni à la surface du cément ni à la limite de l'émail sous-jacent à ce dernier. Une planche très-démonstrative accompagne ce travail qui jugerait définitivement la question si controverse de la nature de la *cuticule.*

E. MAGITOT.

Du mode de formation de la fibrine dans le sang extrait des vaisseaux, par RANVIER. (*Soc. de Biologie et Gaz. médicale*, 1873, n° 7.)

Le réticulum fibrineux a pour point de départ des « granulations anguleuses » de 1 à 5 μ, dont les angles se prolongent en rayons d'étoile anastomosés avec les prolongements voisins. Ces granulations sont probablement de petites masses de fibrine, et il est probable aussi qu'elles existent dans le sang qui circule encore dans les vaisseaux.

M. Vulpian a vu des corpuscules incolores chez l'homme sain et malade; mais il les croit différents des granulations anguleuses de Ranvier (Voir aussi Riess in Arch. de Reichert et du Bois-Reymond 1872, *Rev. sc. méd.*, p. 102.) L. H. F.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(Les travaux pour lesquels l'année n'est pas notée sont de 1873.)

Anatomische-Notizen. — *Notes anatomiques* (suite), par WENZEL-GRUBER, de Saint-Pétersbourg. (*Archiv. für path. Anat.* — V. LVI, l. 4.)

Lectures on Human Anatomy, par WALTER RIVINGTON. (*Med. Press and Circul.*, 15 janv. p. 43; id., 22 janvier, p. 63; id., 5 mars, p. 203.)

Lectures on the Comparative Anatomy of the Organs of Digestion of the Mammalia (12e leçon), par William-Henry FLOWER. (*Med. Times and Gaz.*, 14 déc. 1872, II, p. 645.)

L'anatomie et l'histologie enseignées par les projections lumineuses, par le Dr G. LE BON. Paris.

Cellule, par le Dr Ch. ROBIN. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, t. XIII, 2e partie). Paris, G. Masson et P. Asselin.

The structure of the white Blood-corpuscle (Sur la structure des globules blancs du sang). (*The Lancet*, 8 févr., I, p. 213.)

Die Verbreitung de Nervus Glossopharyngeus im Schlundkopfe u. in der-Zunge (Distribution du Glosso-pharyngien au pharynx et à la langue). JACOB, Munich.

Beobachtungen u. reflexionem üb. den Bau u. die Verrichtgn. d. sympatischen Nervensystemes (Structure et disposition du sympathique). MAYER, Vienne.

Du tissu conjonctif ou lamineux, par E.-P. GILLETTE. (*Thèse d'agrégation.*) Paris, 1872.

Ueber die Entwicklung und den Bau der Knorpel (Sur le développement et la structure du cartillage), par le Dr HEITZMAN. (*Wiener mediz. Wochenschr*, no 4. Janvier.) (*Comptes rendus des séances de la Soc. médicale de Vienne*, séance du 17 janvier.)

Die Bildung des Knochengewebes (Formation du tissu osseux). L. STIEDA, Leipzig.

Myeloplaxen und Knochenresorption (Résorption du tissu osseux), par le Dr Georges WEGNER. (*Arch. f. path. Anat.*, t. LVI, livr. 4.)

The Histology and Physiology of the corpus spongiosum and the corpus cavernosum in man, par A.-W. STEIN. (*Monthly microsc., Journ.* Janvier, p. 16.)

Note on the scalp of a negro (Sur le cuir chevelu d'un nègre), par Charles STEWART. (*Monthly microsc. Journ.*, février, p. 54.)

PHYSIOLOGIE.

ANALYSES.

La locomotion de l'homme et des animaux.

Essai expérimental sur la locomotion humaine, par M. G. CARLET. (*Annales des sciences naturelles, partie zoologique.*)

Après un court historique de la question, l'auteur aborde l'étude de la marche au moyen de la méthode graphique ; il emploie comme *appareil enregistreur* celui dont s'est servi son maître, M. Marey, pour étudier le vol de l'oiseau. Comme *appareils explorateurs* il se sert : 1° Pour l'exploration des foulées, d'une chaussure composée d'épaisses semelles en caoutchouc à l'intérieur desquelles sont pratiquées deux chambres à air, l'une vers le talon, l'autre vers la pointe du pied, de telle sorte qu'il parvient à inscrire exactement la *foulée* de la pointe et la *foulée* du talon; — 2° Pour explorer les mouvements oscillatoires du tronc, d'une baguette qui, par l'une de ses extrémités, s'enfonce dans les vêtements au moyen d'une pointe, tandis que l'autre extrémité est encastrée dans une articulation de Cardan destinée à décomposer tout mouvement complexe en deux mouvements, l'un dans le plan horizontal, l'autre dans le plan vertical ; chacun de ces mouvements s'inscrit à part sur l'appareil enregistreur; — 3° Pour l'exploration des mouvements d'inclinaison du tronc, d'un *parallélogramme* dont l'un des côtés est appliqué sur la ligne médiane du tronc, le côté opposé agissant sur le levier vertical d'un tambour explorateur, de telle sorte que cet appareil n'est influencé que par les mouvements d'inclinaison du tronc dans le plan vertical; 4° Enfin, pour explorer les contractions musculaires, l'auteur fait usage du tambour avec lequel M. Marey interrogeait le durcissement pectoral de l'oiseau pendant le vol. — Si nous passons à l'étude des résultats fournis par cette méthode d'investigation à la fois si ingénieuse et si précise, nous les trouverons sur un grand nombre de points en contradiction avec la théorie de la marche émise par les frères Weber et qui tendait à devenir classique. Cette théorie, qui peut essentiellement se résumer en ce que le membre inférieur soulevé se porterait en avant par la seule impulsion de son propre poids, absolument comme une pendule et suivant les mêmes lois, cette théorie avait été déjà vivement attaquée

par Duchenne (de Boulogne) et par Giraud-Teulon. Elle paraît être définitivement renversée par les recherches de M. Carlet.

L'étude des *foulées* lui a montré que la pression du pied sur le sol est plus forte pendant la progression que pendant la station (effort musculaire qui augmente avec la grandeur du pas, sans jamais dépasser, comme augmentation, un poids de 20 kilogr.). Mais le résultat le plus nouveau et le plus intéressant au point de vue des foulées, c'est que la foulée d'un pied empiète toujours un peu sur celle de l'autre, ou bien, en d'autres termes, qu'il y a un *double appui*. La durée de ce double appui est peu considérable et diminue quand la vitesse de la marche augmente, mais elle n'est jamais nulle, comme le pensaient les Weber.

Les graphiques qui traduisent ces foulées nous donnent en même temps le tracé exact de la manière dont se comporte le pied dans ses rapports avec le sol : « le pied commence à se poser en *tombant* sur le talon, puis il continue son mouvement en *s'appliquant* par toute la plante, et se déroule en s'appuyant fortement sur sa partie antérieure, pour se *soulever* par la pointe. »

Quant au membre qui oscille, loin de se mouvoir comme un pendule inerte, il est si bien soumis à l'action musculaire, que l'on voit le droit antérieur de la cuisse se contracter au début de la période d'oscillation ; puis entrent en jeu les muscles de la région postérieure, et cela jusqu'à la fin de la période d'oscillation.

Pendant ces mouvements les grands trochanters décrivent des mouvements que l'auteur a analysés avec le plus grand soin : loin de se mouvoir en ligne droite, le grand trochanter décrit dans l'espace une courbe, et la distance des deux extrémités de la trajectoire décrite par le grand trochanter pendant un double pas se trouve précisément égale à la longueur de ce double pas. Plus intéressants et tout aussi nouveaux sont les résultats fournis par l'étude des oscillations du pubis. L'auteur attache à cette détermination une grande importance, et avec juste raison, car, dans la marche, les oscillations verticales du pubis doivent être déterminées de préférence à celles de toute autre partie du tronc. L'inclinaison du tronc, variable d'une manière parfois très-brusque selon les périodes du pas, modifierait nécessairement les amplitudes des oscillations verticales des parties supérieures du corps. Ce que M. Carlet a déterminé relativement aux oscillations du pubis peut se dire des oscillations du centre de gravité qui n'en est pas très-éloigné et sur lequel il était impossible de porter l'exploration ; ces résultats sont donc très-précieux. Ils nous montrent que la courbe des oscillations verticales du pubis est une espèce de sinusoïde très-surbaissée, et que, par suite, la ligne décrite par le centre de gravité n'offre pas de point de rebroussement, ainsi que l'avait pensé Giraud-Teulon, qui s'est du reste, dans un récent article, très-gracieusement incliné devant la netteté irrécusable des résultats fournis par la méthode

graphique (1). Enfin, notons encore le résultat suivant : le niveau des maxima des oscillations verticales du tronc, pendant la marche naturelle, est constant. Celui des minima descend, au contraire, de plus en plus, à mesure que la grandeur des pas augmente.

L'appareil destiné à mesurer l'inclinaison du tronc a fourni également des résultats précis et nouveaux. On ne saurait plus accepter la théorie de Weber, qui consiste à admettre la variation proportionnelle de l'inclinaison avec la vitesse, ainsi que la constance de cette inclinaison pour une vitesse donnée, et à nier la nécessité de l'effort musculaire pour incliner le tronc. Au contraire, l'inclinaison du tronc dans le plan vertical varie brusquement aux environs de son minimum et lentement aux environs de son maximum. Le jeu des muscles pendant ces mouvements a pu être déterminé avec soin. Les résultats obtenus sont consignés sous la forme de 85 propositions que l'auteur reprend pour les fusionner en une synthèse qui résume son travail et donne en deux pages la *théorie nouvelle de la marche*.

De la locomotion terrestre chez les bipèdes et les quadrupèdes, par M. MAREY.
(*Journal de l'anatomie et de la physiologie, janvier* 1873.)

Cette étude est plus générale et s'adresse à des phénomènes plus complexes, tels que la course chez l'homme, le trot, le galop chez le cheval ; aussi l'auteur a-t-il dû ne rechercher d'abord que les éléments essentiels du phénomène, et par suite employer une instrumentation aussi simplifiée que possible. Ainsi il n'explore que la foulée des pieds et les oscillations ou réactions verticales du corps. A cet effet il se sert pour l'homme de semelles en caoutchouc avec une chambre à air pour l'exploration des foulées, et, pour l'étude des réactions verticales, d'un tambour sur lequel presse un levier chargé d'une masse de plomb ; cette masse de plomb agit par son inertie. Pendant que le corps oscille verticalement, la masse de plomb résiste à ces mouvements et force la membrane du tambour à s'abaisser quand le corps monte, et à s'élever quand le corps descend. Avec ces appareils si simples il étudie la *marche*, sur laquelle nous ne reviendrons pas ; mais il a étendu ses recherches à la *marche sur un plan incliné*, à la *marche sur un escalier*. Dans ce dernier cas, si l'on monte, l'empiètement d'un appui sur l'autre devient beaucoup plus considérable, ce qui tient à ce que le pied inférieur participe, avec le pied supérieur, à l'effort violent qui soulève le corps de la hauteur d'une marche ; au contraire, dans la descente, le poids du corps tombe instantanément d'un pied sur l'autre. — La *course* est caractérisée par un *temps de suspension* pendant lequel, entre deux appuis des pieds, le corps reste en l'air

(1) *Gazette hebdomadaire*, 13 décembre 1872, page 814.

un instant. La durée de cette suspension, appréciée relativement à la durée d'un pas de course, croit avec la vitesse de la course, mais cet accroissement relatif est dû surtout à la diminution de la durée de chacun des appuis. Chose remarquable, ce temps de suspension ne tend pas, comme on aurait pu le croire à priori, à une sorte de saut dans lequel le corps serait projeté en l'air, il tient à ce que *les jambes se sont retirées du sol par l'effet de leur flexion*, et, en effet, ce temps de suspension correspond précisément au moment où le corps est à son *minimun d'élévation*. L'homme lui-même peut imiter les cadences périodiquement irrégulières que produit le cheval au galop; dans ce cas, il y a un *moment où les deux pieds touchent à la fois, et un moment où tous deux sont en l'air*. C'est là une transition vers le *saut*, dans lequel *les deux jambes, par leur synergie, soulèvent et projettent le corps*, qui retombe au moment où, en se fléchissant, elles se préparent à agir de nouveau.

Une notation très-simple traduit aux yeux du lecteur les *foulées*, les *temps de suspension*, et la *coïncidence* plus ou moins complète *des foulées des deux pieds*. C'est ce mode de représentation que Vincent et Goiffon avaient déjà essayé (1769) d'appliquer à l'allure du cheval, mais grâce à la méthode graphique ce procédé permet de comprendre d'une manière aujourd'hui précise et réellement scientifique les différents modes de progression des quadrupèdes. Rien n'était plus difficile, jusqu'à l'emploi de la méthode graphique, que de se rendre compte du mécanisme de certaines *allures* ; ainsi, à part *l'amble*, les auteurs n'étaient pas même d'accord sur la succession des mouvements qui composent le *pas ordinaire* ; pour le *trot* et pour le *galop*, les opinions étaient encore plus partagées entre Merche, Lecoq, Bouley, Colin, etc.

Les appareils employés par M. Marey pour l'analyse des *allures du cheval* ne diffèrent que peu de ceux qui lui ont servi pour l'étude de la locomotion humaine : la *semelle exploratrice* est remplacée par une *boule de caoutchouc* maintenue sous le sabot de l'animal; dans certains cas, un *appareil à réaction* était placé sur le *canon* du cheval, et, remplaçant l'appareil précédent, traduisait tous les mouvements du pied du cheval par les pressions exercées sur une sorte de tambour en caoutchouc.

Si maintenant nous cherchons à résumer les résultats donnés par l'appareil enregistreur, résultats que M. Marey a réunis dans un tableau qui montre le rapport des diverses allures entre elles, et le passage de l'une à l'autre; si en même temps, d'après l'ingénieuse comparaison de Dugés, nous considérons le *quadrupède en marche* comme représentant *deux bipèdes marchant l'un derrière l'autre*, nous pouvons dire que l'allure de *l'amble* est caractérisée en ce que : *les deux marcheurs, allant au pas, exécutent tous deux les mêmes mouvements en même temps* ; au contraire, dans l'allure du *pas ordinaire*, le *marcheur d'arrière*

exécute ses mouvements un peu plus tôt que celui d'avant ; l'ordre de succession des battues des quatre pieds sera par exemple le suivant : *antérieur droit, postérieur gauche, antérieur gauche, postérieur droit.* Mais supposons que les battues postérieures gagnent encore plus de vitesse sur les battues antérieures, de sorte que la battue postérieure gauche, qui, pendant le pas, s'effectuait sensiblement au milieu de la battue antérieure droite, arrive graduellement à coïncider avec celle-ci, et alors le *trot* sera établi : dès lors *les quatre pieds ne font entendre que deux battues, et le sol est frappé tour à tour par les deux bipèdes diagonaux.* Ces expressions sont saisissantes lorsqu'on a sous les yeux, et les *graphiques* donnés par l'appareil enregistreur, et les *représentations schématiques*, qui traduisent par des traits blancs ou demi-ombrés les battues des pieds antérieurs et des pieds postérieurs, et nous montrent comme leurs empreintes sur le chemin parcouru, avec le synchronisme de leurs mouvements. Il faut renoncer à décrire les allures plus complexes sans le secours de ces figures. Aussi dirons-nous simplement que, dans le *galop à trois temps*, où l'on entend *trois bruits*, le premier est produit par un pied d'arrière, le second par un bipède diagonal, le troisième par un pied d'avant. La méthode graphique pouvait seule donner la clef de ces allures si complexes, et, par la hauteur des courbes, montrer la part différente qui revient à chacune des *battues* dans l'impulsion énergique communiquée au corps de l'animal. M. Marey se propose de continuer ces recherches, et d'étudier encore le *galop de course* qui, par sa rapidité, a jusqu'à présent échappé à toute analyse ; cette rapidité exige précisément la construction d'appareils spéciaux.

M. DUVAL.

Nouvelles recherches sur la corde du tympan.

Distribution de la corde du tympan. Note de M. J.-L. PRÉVOST. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 30 *décembre* 1872.)

En détruisant la corde du tympan, soit par sa section dans l'oreille, soit par l'arrachement du facial, M. Prévost a toujours trouvé, six à dix jours plus tard, des fibres dégénérées dans les branches terminales du nerf lingual, jusque dans les filets nerveux de la couche sous-muqueuse profonde. Chez des animaux qui n'avaient été opérés que d'un côté, ces fibres dégénérées ne se rencontraient absolument que de ce côté, ce qui permettait, par comparaison avec le côté opposé, d'établir un contrôle rigoureux. Après l'arrachement du ganglion sphéno-palatin ou la section du nerf vidien, la corde du tympan resta entièrement saine : ce dernier fait est à opposer aux expériences de Lussana (*Archives de physiologie* t. I, 1872, p. 150) et de Schiff (*Leçons sur la physiologie de la digestion*, I, p. 98) sur l'origine et le trajet des fibres gustatives fournies par la corde du tympan.

M. D.

Nouvelles recherches physiologiques sur la corde du tympan, par M. A. VULPIAN. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 3 *janv.* 1873.)

M. Vulpian avait été porté à admettre que la corde du tympan n'accompagne le nerf lingual que jusqu'au niveau du ganglion de la glande sous-maxillaire. Mais en 1872, il reconnut (*Société de biologie*) que la corde du tympan, une fois anastomosée avec le lingual, ne s'en sépare pas tout entière pour se rendre au ganglion sous-maxillaire, mais qu'une partie de ses filets accompagnent le lingual jusqu'à la pointe de la langue.

Aujourd'hui, ce physiologiste se demande quelles sont les relations physiologiques de ces filets avec la langue. On se rappelle qu'en 1863, MM. Vulpian et Philipeaux avaient montré que, chez le chien, lorsque le nerf hypoglosse d'un côté est coupé, le nerf lingual du même côté acquiert bientôt une excitabilité motrice telle, que les excitations galvaniques ou mécaniques faites sur le bout périphérique de ce nerf, après sa section transversale préalable, déterminent de fortes contractions dans la moitié correspondante de la langue. La section du nerf hypoglosse modifie donc peu à peu les relations physiologiques des extrémités périphériques du nerf lingual, de telle sorte que ce nerf, qui normalement ne peut provoquer aucune contraction musculaire, devient apte à mettre les muscles de la langue en mouvement. Or, d'après les nouvelles recherches de M. Vulpian, c'est la corde du tympan, et non le nerf lingual lui-même, qui présenterait cette singulière modification dans les relations physiologiques de ses extrémités périphériques : « L'excitabilité motrice acquise par le nerf lingual, après la section du nerf hypoglosse du côté correspondant, réside, non dans les fibres propres du nerf lingual, mais dans les fibres nerveuses anastomotiques qu'il reçoit de la corde du tympan. Les fibres de la corde du tympan qui accompagnent le nerf lingual dans sa distribution à la langue, se rendent, en partie du moins, aux faisceaux musculaires de cet organe. » Reste à déterminer pourquoi ces fibres nerveuses ne possèdent d'action sur les faisceaux musculaires que lorsque le nerf hypoglosse est coupé depuis quelques jours. M. D.

Sur la corde du tympan, distribution et usages, par M. A. VULPIAN. (*Soc. de Biol.*, *Gaz. médicale*, 1873, *n*os 4 *à* 8, *et Acad. des sciences*, 10 *mars* 1873.)

Les filets afférents du ganglion sous-maxillaire ne viennent pas tous de la corde du tympan; le plus grand nombre vient du lingual proprement dit. Vulpian s'est demandé si les modifications sécrétoires et circulatoires, que l'on observe dans la glande après l'électrisation du tronc tympanico-lingual, dépendaient spécialement de l'une ou de l'autre des racines de ce tronc. L'expérience lui a montré que la corde du tympan seule déterminait, lorsqu'on l'électrisait, une dilatation des vaisseaux et une hypersécrétion salivaire, tandis

que le nerf lingual proprement dit n'avait aucune action analogue.

D'autre part, comme il l'a été rappelé plus haut, on sait que des filets nombreux venant de la corde du tympan se distribuent dans la langue. L'excitation de ces filets a donné à Vulpian, dans la moitié correspondante de l'organe, des phénomènes analogues à ceux qui se passent dans la glande sous-maxillaire pendant l'électrisation des nerfs congénères, moins la sécrétion. C'est-à-dire que la langue, du côté électrisé, rougit et s'échauffe pour revenir à son état normal dans les intervalles de l'excitation. Voici les principales expériences de Vulpian : la corde du tympan est découverte et électrisée; 1° le nerf lingual étant intact; 2° le nerf lingual étant coupé au-dessus de sa réunion avec la corde; dans les deux cas, la langue rougit et s'échauffe. Pour démontrer autrement que c'est à la corde du tympan que le nerf lingual mixte doit de dilater les vaisseaux, Vulpian coupe la corde, attend sa dégénération, puis électrise en vain le nerf lingual : aucun phénomène de vascularisation ne se produit.

Les nerfs dilatateurs des vaisseaux de la langue étant trouvés, restait à chercher les constricteurs. Les tentatives faites sur les nerfs pneumo-gastrique et sympathique n'ont rien donné; le nerf hypoglosse, chez le lapin et même chez le chien, a paru contenir des filets constricteurs d'origine sympathique. C'est encore le lingual mixte qui apporte le plus grand nombre des filets constricteurs à la langue; la section de ce nerf détermine, en effet, une rougeur permanente de la moitié de l'organe. Seulement, les nerfs dilatateurs prédominent, car si après la section du lingual mixte on électrise le bout périphérique, la rougeur permanente augmente notablement pendant l'excitation.

On comprend bien maintenant comment les paralysies faciales peuvent troubler le sens du goût; car le fonctionnement de la muqueuse linguale est incontestablement influencé par la vascularisation de cette membrane. H. L. F.

Origine de la fibrine.

Sull'origine della fibrine (Sur l'origine de la fibrine), nouvelles notes expérimentales de F. LUSSANA. (*Lo Sperimentale, de Florence, fasc. 12e, décembre* 1872.)

Dans ces nouvelles recherches, Lussana s'applique à combattre les observations contraires à sa manière de voir que lui a opposées le professeur Mantegazza dans un travail publié dans les *Annali universali di medicina 1871* (*Annales universelles de médecine*) intitulé : *Richerche sperimentali sull'origine della fibrina e sulla causa della coagulazione del sangue* (Recherches expérimentales sur l'origine de la fibrine et sur la cause de la coagulation du sang).

Après avoir cité l'opinion des auteurs qui, de 1840 à 1863, se sont occupés de la question de la *fibrinogénèse*, Lussana entre en plein dans la question.

Mais avant tout il donne l'exposé de sa doctrine et de celle de Mantegazza sur cette question de la *fibrinogenèse*.

Pour Lussana : *la fibrine du sang et de la lymphe est un détritus fluidifié et oxydé des tissus albuminoïdes, surtout du tissu conjonctif, détritus qui se coagule sous l'influence de la paraglobuline (ferment), laquelle dérive du détritus des globules rouges et blancs dans le sang et dans la lymphe.*

Pour Mantegazza : *la fibrine est produite exclusivement par les leucocytes en état d'irritation.*

La question étant ainsi posée, Lussana s'occupe successivement de la production de fibrine par détritus musculaire, de l'augmentation de la fibrine dans le sang par des soustractions sanguines, de la production de la fibrine dans le sang dans l'état d'inanition, des résultats obtenus par les divers auteurs à propos de la production de la fibrine par suite des contractions musculaires, des soustractions de sang et de l'inanition. Il examine enfin la question de savoir si la production de la fibrine dépend des leucocytes en état d'irritation.

I.— Beltrami, en 1840 et 1841, le premier, avança que *la fibrine du sang et de la lymphe représente une fluidification régressive du tissu musculaire lequel par ses contractions se consume dans l'exercice vital.*

Lussana fait remarquer que cette manière de concevoir était trop exclusive et qu'après l'avoir adoptée (en 1860) il l'a complétée plus tard en démontrant expérimentalement que d'autres matières albuminoïdes, par un processus d'oxydation, peuvent encore fournir de la matière *fibrinogène*, tout en retenant que l'appareil musculaire, dans son plus grand exercice, en produit le plus fort contingent. Or, Mantegazza venant à déclarer *qu'il a obtenu des résultats opposés à ceux de Lussana*, l'auteur fait une revue critique d'un certain nombre des expériences de Mantegazza, en expose ensuite qui lui sont personnelles, et finalement conclut en disant que celles de Mantegazza sont encore plus favorables à sa doctrine à lui que les siennes propres.

Ces expériences consistent à tétaniser les membres d'un animal (lapin, etc.) et à examiner le sang de la région avant et après l'expérience.

Lussana fait remarquer que, pour recueillir et évaluer la fibrine du sang, il s'est servi de deux procédés : 1° le procédé par le *battage* (emprunté au prof. Lemoigne); 2° le procédé par la coagulation.

II. — Voulant démontrer que la fibrine du sang est un *détritus*, Lussana a fait encore appel aux effets des soustractions sanguines.

Ici encore il met en regard de ses propres expériences celles *prétendues* contraires de Mantegazza et la conclusion qu'il tire de toutes ces expériences, c'est que les soustractions sanguines font augmenter considérablement la fibrine du sang. D'ailleurs, il fait remarquer que toutes les expériences instituées sur les animaux ne sont rien en face des résultats obtenus par l'école des phlébophiles.

Les expériences de Lussana ont montré tout particulièrement ce qui suit :

1° Les premières soustractions sanguines *diminuent* le chiffre de la fibrine, les suivantes et les dernières l'*augmentent*;

2° L'*inanition* contribue à *augmenter* le chiffre de la fibrine, l'*alimentation, à la diminuer.*

III. — On ne pourrait fournir d'argument plus puissant pour démontrer que la fibrine du sang est un *détritus régressif* de l'*augmentation* de cette même fibrine dans l'état d'*inanition* ou de jeûne absolu et prolongé.

Les expériences de Mantegazza sont de nouveau retournées contre leur auteur et s'ajoutent à celles de Lussana pour appuyer l'énoncé ci-dessus.

D'ailleurs la valeur de semblables résultats acquiert une haute importance quand on compare l'*augmentation de la fibrine* dans l'état d'inanition avec la *grande diminution des autres matériaux* du sang (globules rouges, albumine) et des tissus mous de l'organisme. Avec ce sacrifice général de l'organisme marche de pair la *production* (continue et même augmentée) *de la fibrine du sang*, laquelle dans cet état d'inanition ne peut certainement pas représenter les matériaux d'une *dénutrition* (qui manque), mais bien au contraire les matériaux d'un *détritus régressif des tissus qui se consument.*

IV. — *La fibrine*, dit Mantegazza, *est un produit exclusif des globules blancs en état d'irritation.* Pour ce physiologiste, les leucocytes (globules blancs) en état d'irritation produiraient la *substance fibrinogène* et la *paraglobuline*, sources de la fibrine. Pour Lussana, au contraire, la *paraglobuline* (ferment) peut dériver, soit de la décomposition des globules blancs, soit de la décomposition des globules rouges; la substance *fibrinogène* dérive, elle, du détritus oxydé de tous les tissus, et surtout du tissu conjonctif.

A la doctrine de Mantegazza, Lussana oppose les faits suivants :

1° Le sang hépatique contient une quantité prédominante de leucocytes, et ne donne pas ou presque pas de fibrine;

2° Le sang splénique contient une quantité prédominante de leucocytes et ne donne pas ou presque pas de fibrine;

3° Il se produit de la fibrine lorsqu'on met de la substance fibrinogène en contact avec de la paraglobuline (ferment), en dehors de l'organisme, même sans l'intervention de leucocytes.

Sulla coagulazione del sangue (Sur la coagulation du sang), mémoire du prof. J. ALBINI. (*Naples*, 1872, *analysé in lo Sperimentale, de Florence, fasc.* 15, *déc.* 1872.)

Le professeur Albini s'écarte de l'explication donnée par certains physiologistes et chimistes et notamment de l'explication fournie par Schmidt qui admet que la substance fibrinogène d'abord liquide et soluble est précipitée par la paraglobuline lorsque cette dernière substance est suffisamment abondante, soit qu'elle ne soit pas éliminée ou détruite, au fur et à mesure qu'elle se produit, ce qui peut arriver dans le sang qui circule, soit que, dans le sang sorti des vaisseaux, elle s'accumule de plus en plus.

Or, le professeur Albini, paraît-il, avait acquis depuis longtemps la conviction (il ne serait pas le seul d'ailleurs) que les parois vivantes du cœur et des vaisseaux ont une influence marquée pour maintenir le sang à l'état liquide. Il suppose donc, que de la face interne des parois vasculaires se sépare un *quid*, *un quelque chose*, apte à maintenir le sang fluide, ou bien que de ces mêmes parois doit transsuder un *quid* ayant la propriété coagulatrice, lorsqu'il n'est pas éliminé au fur et à mesure de sa formation. Certaines expériences, faites à ce propos, prouveraient à ce physiologiste que réellement les parois vasculaires produisent le *principe* qu'il a supposé, principe qui accélère la coagulation du sang. Il ne connaît cependant pas la nature de ce principe. Dans tous les cas ce ne serait pas la paraglobuline et encore moins la substance fibrinogène de Schmidt. (Comp. *Rev. des sc. méd.*, *p.* 75.)

A. BARÉTY.

Zur Kenntniss der Wærmeregulirung bei den warmblütigen Thieren (De la régularisation de la chaleur chez les animaux à température constante), par J. ROSENTHAL. (*Discours d'ouverture, Erlangen,* 1872, *Revue des cours scient., décembre* 1872 *et Centralblatt,* 7 *déc.* 1872.)

Le corps des animaux à sang chaud peut être, au point de vue de la répartition de la chaleur, divisé en trois zones concentriques. La zone externe présente la température la plus basse, soumise qu'elle est directement à toutes les causes de déperdition de calorique; la zone interne, au contraire, forme une sorte de noyau central où la température atteint son maximum; entre ces deux zones règne une zone intermédiaire qui établit la transition entre la chaleur centrale et la chaleur périphérique. L'épaisseur de cette zone intermédiaire varie avec le milieu ambiant et le degré de dilatation et de resserrement des vaisseaux cutanés; cette épaisseur peut augmenter ou diminuer, la température centrale restant invariable. Il en résulte qu'un thermomètre, plongé dans cette zone intermédiaire, peut enregistrer des variations notables, alors cependant

que la température générale de l'animal ne varie point. La région axillaire, où l'on a l'habitude de prendre la température, fait partie de cette zone intermédiaire. Pour obtenir la vraie température de l'animal, celle du noyau central, il faut prendre les mensurations assez avant dans le rectum.

Les recherches de Rosenthal ont surtout porté sur les effets déterminés chez les animaux par des milieux présentant une température assez élevée. Il plaçait des lapins dans une boîte de fer-blanc à double paroi, à travers laquelle circulait de l'eau chaude. Il put ainsi constater que les animaux *attachés* possèdent un très-faible pouvoir de régularisation de leur température, vu l'impossibilité où ils se trouvent de se ramasser sur eux-mêmes quand ils sont soumis au froid, de s'étaler sous l'influence de la chaleur. Au contraire, des lapins *libres* peuvent séjourner dans un milieu de +11 à +32° centig. sans que leur température soit modifiée. Si le milieu atteint 32 à 36°, la température du lapin s'lève à 41 ou 42° centig.; il s'établit ainsi un nouvel équilibre de température, sans que l'animal en paraisse souffrir aucunement. Si l'air est porté à 36 ou 40°, la température de l'animal s'élève rapidement à 44 ou 45°; les vaisseaux et la pupille sont dilatés, les muscles se paralysent, et pour peu que l'expérience se prolonge, la mort arrive. Mais si l'on retire promptement l'animal et qu'on le place à la température ordinaire du laboratoire, la contractilité musculaire reparaît et la chaleur anormale se dissipe; la température de l'animal tombe même au-dessous de la normale, à 30°, et peut rester ainsi abaissée pendant plusieurs jours.

Rosenthal attribue cet abaissement durable à une paralysie des vaisseaux cutanés, qui sont traversés par une plus grande masse de sang, d'où réfrigération de l'animal. Ce n'est que quand le *ton vasculaire* s'est rétabli que l'animal récupère sa température normale.

Si l'on sature de vapeur d'eau l'air respiré par l'animal, les résultats de l'expérience ne varient pas sensiblement; du reste, on sait que chez les animaux recouverts de poils, la sécrétion sudoripare est réduite à son minimum et ne joue pas ce rôle prédominant dans la régularisation de la chaleur qu'elle présente chez l'homme.

Rosenthal passe ensuite à la discussion critique du fameux débat qui continue toujours à régner entre Liebermeister et Senator; il se range à l'opinion de ce dernier, qui nie que le froid appliqué sur le tégument externe détermine une exagération de la production de chaleur animale. Le traitement des fièvres par la méthode réfrigérante lui paraît donc parfaitement logique et indiqué.

Naunyn et Quincke, dans ces derniers temps, ont cru observer que la section de la moelle épinière élève la température. Rosenthal, ainsi que Riegel, n'a rien pu constater de semblable. La section de la moelle, en paralysant les vaso-moteurs, détermine une déperdition, mais non une production plus grande de calorique. En plaçant des lapins

auxquels il avait sectionné la moelle dans la boîte de fer-blanc, Rosenthal a toujours vu leur température baisser tant que l'air renfermé dans la boîte restait au-dessous de 32°. En élevant la température de l'air, celle de l'animal s'élevait aussi, mais pas plus rapidement que celle d'un animal sain; il n'offrait donc pas de production exagérée de calorique. Il faut avoir soin de n'employer, dans ces expériences, que des animaux fraîchement opérés; plus tard, l'établissement de la fièvre traumatique introduit un nouveau facteur qui complique et change le problème. STRAUS.

Zur Lehre vom Winterschlaf (Sur l'hibernation), par HORWATH. (*Ctbl.* 21 *décembre* 1871.)

Continuant ses recherches sur les animaux hibernants (Voir *Rev. sc. méd.*, p. 59.), l'auteur appelle l'attention sur quelques particularités que présentent ces animaux, en dehors du temps de l'hibernation. Ainsi, ils résistent fort bien à un abaissement considérable de la température de leur corps; des marmottes, dont la température a été abaissée au point de ne plus marquer que 6, 4, 3 et même 1°, se sont remises sans qu'on ait dû recourir à la respiration ou à des moyens de réchauffement artificiels. Le cœur de ces animaux continue à battre d'une façon rythmique, alors que le sang qu'il renferme ne possède plus qu'une température de 4°. En refroidissant les animaux hibernants, on ne détermine jamais le tétanos qui, dans ce cas, se produit si facilement chez le lapin. ST.

Ueber das Verhalten der Frosche gegen die Kälte (De l'action du froid sur la grenouille), par HORVATH, de Kiew. (*Communication préalable, Centralblatt,* 18 *février* 1873.)

Une grenouille gelée est-elle capable d'être rappelée à la vie? quel est le degré de froid nécessaire pour la tuer, et comment ce froid agit-il? Tels sont les problèmes que l'auteur cherche à élucider.

Une température de —5° tue les muscles striés de la grenouille; on a beau les placer ensuite dans un milieu plus chaud, ils cessent de réagir contre l'électricité et les excitations mécaniques. L'assertion de A. de Humboldt et de Kühne qui, après avoir soumis des muscles de grenouilles à une température de—7 à—10°, ont pu de nouveau les amener à se contracter en élevant la température, cette assertion est donc erronée. Il est probable que ces observateurs mesuraient la température du milieu dans lequel était plongé le muscle, mais non la température du muscle lui-même.

En revanche, un cœur de grenouille, complétement immobile sous l'influence du froid, et véritablement gelé, au point d'être dur comme la pierre, se contracte de nouveau d'une façon rhythmique si on le fait dégeler.

Le froid, qui dilate la pupille du lapin, fait contracter celle de la grenouille.

Si l'on fait congeler une région limitée de la grenouille, la patte postérieure, par exemple, on constate que les vaisseaux de cette région sont oblitérés par des caillots sanguins ; les injections de matières colorées, poussées par l'aorte, ne pénètrent pas dans le membre gelé, même si on a soin de le faire dégeler préalablement.

L'auteur a constaté sur les globules rouges de la grenouille la production, sous l'influence de la congélation, des altérations décrites par Pouchet; mais il conteste que la mort de la grenouille, lors du dégel, soit due à cette altération des globules. Il a pu conserver en vie, pendant des mois entiers, des grenouilles dont un membre postérieur avait été complétement congelé, et sans qu'il ait usé de la précaution, lors du dégel de ce membre, de l'isoler du reste du corps par une ligature, précaution sans laquelle, d'après Pouchet, la mort de l'animal serait inévitable.

Comme la vie est impossible sans activité musculaire, Horvath pense que le froid tue la grenouille en détruisant et en paralysant sans retour les muscles de ce batracien. Il insiste, en terminant, sur la nécessité, dans les recherches de ce genre, de prendre la température de l'animal lui-même et non celle du milieu où il est placé.

STRAUS.

Des nerfs vaso-moteurs, par Ch. LEGROS. (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1873.)

Après un court historique, l'auteur étudie dans le chapitre de l'anatomie l'origine des vaso-moteurs :

Schiff croit que le véritable centre se trouve dans la moelle allongée ; c'est aussi l'opinion de Ludwig et de Thiry. Tscheschichin fixe ce centre au niveau du point de jonction du bulbe et de la protubérance ; Brown-Séquard et Luys admettent qu'une partie des nerfs vaso-moteurs s'arrête dans la moelle, tandis que quelques-uns montent jusqu'à la protubérance et même jusqu'au cervelet et à l'encéphale. M. Legros regarde comme à peu près certain que l'axe cérébro-spinal, depuis l'origine de l'olfactif jusqu'à sa terminaison, fournit des rameaux d'origine au grand-sympathique, rameaux qui se mettent fréquemment en connexion les uns avec les autres, et déterminent ainsi non point des centres sympathiques en relation exclusive avec certaines parties du corps, mais bien des groupes particuliers dont l'excitation détermine des réactions particulières.

Le trajet des filets sympathiques destinés aux vaisseaux ne peut être déterminé qu'approximativement par la méthode de von Bezold, consistant à exciter un filet nerveux et à calculer l'augmentation de pression dans le département vasculaire innervé. On n'arrive à déterminer ainsi que des rapports. M. Legros admet que les vaso-moteurs se mettent en rapport avec les cellules nerveuses des ganglions sympathiques, et puisent dans ces ganglions des propriétés nouvelles. Ces ganglions peuvent devenir des centres d'action réflexe étagés entre la moelle et l'organe contractile. Les ganglions devraient être rangés sous trois ordres ayant une structure de moins en moins complexe, les derniers étant uni-cellulaires. La cellule de ces derniers est en rapport avec un ou plusieurs filaments nerveux, dont les uns s'anastomosent avec les filaments, tandis que les autres se distribuent dans les organes.

— Dans la partie physiologique de sa thèse, M. Legros, après avoir résumé rapidement la plupart des questions, arrive au chapitre intitulé : *Tonicité et contractions rhythmiques.* Il y expose la théorie qui lui est particulière sur les contractions autonomes, *péristaltiques* des artères. A la suite du choc déterminé par la contraction cardiaque, il survient une dilatation des artères. La systole artérielle est due dans le gros vaisseau à la réaction de la tunique élastique, et dans les petits vaisseaux où le tissu élastique manque, ce sont les parois qui se contractent sous l'influence de l'excitation produite par la distension du vaisseau, et chassent ainsi le liquide du côté des capillaires, à cause de la pression plus considérable qui existe en amont. A mesure que l'onde sanguine s'avance vers la périphérie, le même phénomène se produit, et il en résulte un mouvement péristaltique le long du vaisseau. Le phénomène ne diffère de la contraction intestinale qu'elle reproduit en miniature, que parce que, pour les vaisseaux, le mouvement est réglé par le choc du cœur.

A l'appui de sa théorie, M. Legros met en avant des preuves anatomiques et des preuves physiologiques. Les premières consistent dans la présence même d'éléments musculaires disposés en anneaux comme dans les canaux contractiles; similitude anatomique entraînant une analogie fonctionnelle; puis dans le nombre croissant des fibres lisses à mesure qu'on s'éloigne du centre, en dernier lieu enfin, la présence de muscles dans des vaisseaux où le resserrement spasmodique n'aurait pas sa raison d'être comme la veine porte.

— Les preuves physiologiques sont directes ou indirectes : Parmi les preuves indirectes nous citerons la pénétration facile, sous pression d'injections artérielles faites au-dessous d'une ligature, la disparition de pulsations dans l'artère mésentérique, après l'énervation. A ce propos, M. Legros rappelle qu'une objection lui a été faite par M. Ranvier :

Quand on paralyse le cœur d'une grenouille avec un fort courant d'induction, l'arrêt du cœur coïncide avec l'arrêt de la circulation périphérique.

— Les preuves directes seraient très-nombreuses :

L'auteur assure avoir vu chez les annélides la contraction autonome des vaisseaux se produire sous le microscope, notamment dans le vaisseau dorsal du naïs filiformis. Il nie qu'au moment de l'arrêt du cœur la circulation s'arrête dans la membrane interdigitale des grenouilles, etc.

Le mémoire de M. Legros se termine par l'exposé des applications fournies à la pathologie et à la thérapeutique par l'étude des nerfs vaso-moteurs. J. RENAUT.

Ueber die Zersetzungsvorgænge im Thierkœrper unter dem Einflusse von Blutentziehungen (Sur les modifications de la nutrition après la saignée), par le Dr Jos. BAUER, assistant de Clinique médicale. (*Zeitschrift für Biologie, VIII Band, 4 Heft, München*, 1872.)

Après un exorde où il trace à grands traits les fluctuations de fortune subies par la saignée sous l'empire des doctrines régnantes, le docteur Baüer invoque l'expérimentation comme seul juge compétent et impartial.

Dans une première partie de son mémoire accordée à l'examen critique des données déjà fournies par les divers expérimentateurs, il signale d'abord les modifications matérielles imprimées au sang par la saignée : Diminution des globules rouges; augmentation du sérum; multiplication des globules blancs. L'augmentation de la fibrine n'est que relative et le plus souvent en grande partie le fait de la maladie.

Puis il aborde la discussion des troubles fonctionnels qui ont pu être attribués à la saignée, et il s'arrête aux conclusions suivantes : Les mouvements respiratoires, du moins lorsqu'il s'agit de pertes sanguines de moyenne intensité, diminuent en nombre et en intensité; mais cette diminution ne dure que peu de temps et même peut laisser la place à une augmentation également passagère.

Il y a d'abord augmentation dans la fréquence du pouls, une diminution de la pression vasculaire et du débit du liquide sanguin; mais la pression remonte bientôt au taux normal, car, en même temps que la pression diminue dans les artères, il s'établit, sous l'influence de la respiration et surtout dans les veines, une pression en quelque sorte négative. Dès lors, les liquides des parenchymes peuvent, en vertu de leur élasticité, acquérir une pression supérieure à celle du liquide contenu dans les vaisseaux et être ainsi attirés, au fur et à mesure, dans le torrent circulatoire. Après la

saignée, si la température normale s'abaisse, la température *anormale* s'accuse encore davantage : en même temps, le suc gastrique perd beaucoup de son activité (Manassein).

Cette revue critique achevée, le docteur Baüer se propose de rechercher expérimentalement ce qu'il advient, après une saignée, des éléments protéiques et adipeux de l'organisme.

Il fait d'abord remarquer que les observations faites sur les êtres malades (Weber, Tolmaschoffen) n'ont aucune portée réelle parce que les conditions morbides modifient la signification des données et des résultats du problème. Puis, pour se mettre à l'abri de cette objection que, chez des animaux *nerveux*, le chien par exemple, l'excitation des nerfs produite pendant la saignée pourrait être à elle seule une cause de trouble nutritif, il fait au préalable l'expérience suivante sur un chien : il lui lie une petite branche de la fémorale et réunit la plaie par des sutures. L'analyse de l'urine lui apprend que le travail de dénutrition ne s'est pas exagéré.

Vient alors l'exposé détaillé de trois expériences faites dans le but que nous venons de dire et qui sont résumées en autant de tableaux. Ces expériences sont pratiquées sur des chiens.

Dans les deux premières, le docteur Baüer démontre le travail de dénutrition subi, après une saignée, par les éléments protéiques et dans quelles limites ce travail s'exerce. Le premier chien continue à être nourri; le second est soumis à la diète; dans les deux cas, l'animal est privé d'eau pendant toute la durée de l'expérience.

Le docteur Baüer calcule, avant et après les saignées et au moyen de la méthode de Liebig, la quantité d'urine excrétée, son poids spécifique, la quantité d'urée et partant d'azote qu'elle contient; les calculs sont faits pour vingt-quatre heures. Les résultats indiquent, dans les deux cas, qu'après la saignée, et pendant vingt-quatre heures, la quantité d'urine excrétée, son poids spécifique, la quantité d'urée que contient cette urine, augmentent, et que cette augmentation persiste plusieurs jours après la saignée.

La troisième expérience a pour objet d'établir ce qui se passe relativement aux matières grasses.

Le chien est placé dans l'appareil de Pettenkofer ; on connaît le poids du corps de l'animal, des aliments qu'il ingère ; la diminution de poids subie après les diètes et les saignées; la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé aux différentes phases de l'expérience, etc.; tout concourt à démontrer la diminution de la quantité d'acide carbonique exhalée dans les vingt-quatre heures, après les saignées. Et le docteur Baüer rattache cette diminution à la diminution de la combustion des matières grasses.

Ainsi donc, exagération de la dénutrition des éléments protéiques, accumulation des matières grasses, tels sont les deux résultats des saignées, sur lesquels insiste le docteur Baüer.

Mais pourquoi cette dénutrition exagérée? En vertu de l'har-

monie qui existe, au point de vue de la nutrition, non-seulement entre les différents organes, mais entre les organes et des conditions déterminées du liquide sanguin, lorsque celui-ci diminue tout à coup, l'équilibre de la nutrition des organes est détruit et une plus grande partie de leurs éléments se dégage de la combinaison organique.

Les expériences de O. Weber, de Voit, de Pflüger établissent la part qui revient à l'oxygène dans la réduction finale en urée; de même que les recherches de Senator, de Naunyn et Riess montrent qu'il s'agit là d'une oxydation parachevée, puisque ces auteurs n'ont pas constaté la production d'acide urique après les saignées.

On a vu que le travail de dénutrition survit à la cause qui l'a déterminé, entretenant ainsi à lui seul, pour son propre compte, l'élimination d'une plus grande quantité de matériaux azotés.

Quant à l'accumulation des matières grasses, elle peut, en partie, s'expliquer de la manière suivante : par suite de la perte d'une certaine quantité d'hémoglobine, une moins grande quantité d'oxygène est absorbée; la combustion des matières grasses est moins active et ces matières s'accumulent. Mais pour le docteur Baüer, il y a plus. Le trouble de nutrition signalé plus haut peut se manifester aussi par une transformation graisseuse des éléments organiques, transformation qui est directe et par laquelle ces éléments s'affirment, ici encore, comme participant d'emblée aux déviations morbides comme aux activités normales de l'ensemble.

Il y a donc, à propos de la graisse, quelque chose de tout différent des résultats connus de l'inanition. Il est vrai que Manassein dit avoir trouvé, après une longue diète, une dégénérescence graisseuse des organes ; dans la majorité des cas, il en est comme dans cette expérience d'Hoffmann qui, chez un chien de 9 kilogrammes, ne trouva plus, après trente jours de diète, que 39 grammes de graisse.

Le fait de l'accumulation des matières grasses, sous l'influence des pertes de sang, est confirmé par diverses observations. Ainsi, certains éleveurs engraissent leurs vaches au moyen de saignées; les muscles deviennent graisseux lorsqu'ils reçoivent moins de sang. Les individus qu'on saigne souvent et largement présentent un embonpoint notable ; souvent il en est de même pour les anémiques.

De plus, Tolmascheff a constaté directement l'augmentation des matières grasses après la saignée.

Il résulte donc de cet exposé que la saignée ne produit pas seulement une simple perte du liquide nourricier, mais encore une altération réelle des organes.

Aussi le docteur Baüer croit-il devoir faire une restriction même à l'endroit d'une des actions thérapeutiques les plus incontestables de la saignée. Il sait bien qu'elle est utile contre l'asystolie,

qu'elle fait rentrer dans le système circulatoire le liquide de l'œdème, diminue la tension veineuse et relève l'impulsion cardiaque. Mais il fait des réserves en vertu de ce qui a été dit à propos de l'influence fâcheuse qu'exerce la saignée sur la nutrition et la vitalité des organes.

Il ajoute que, sans aucun doute, des saignées peuvent être pratiquées sans danger sur un organisme sain, et que les considérations précédentes s'appliquent spécialement aux cas où l'organisme est en proie à la fièvre ou miné depuis longtemps par la maladie.

HANOT.

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau, par le docteur Édouard FOURNIÉ. (*A. Delahaye, Paris*, 1873.)

Ce travail répond à la tendance qui s'est manifestée depuis quelques années d'une fusion aussi étroite que possible entre les études psychologiques et physiologiques : il faut même reconnaître que les psychologistes, représentés par H. Taine (*de l'Intelligence ;* Paris, 1870), se sont prêtés d'une manière on ne peut plus complète à cette fusion. — Dans un premier chapitre, intitulé *Quelle est notre méthode?* Édouard Fournié caractérise nettement les inconvénients d'une séparation entre deux sciences qui doivent se prêter un mutuel secours ; « les physiologistes et psychologues ont eu tort dans cette question : les uns pour s'être laissé prendre le plus beau chapitre de la physiologie; les autres pour avoir pensé qu'on peut étudier judicieusement l'homme en le dichotomisant, en l'étudiant simplement dans l'esprit, sans tenir compte de la matière. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposé de ses principes ; il nous semble qu'il y a dans ce chapitre plus de vues de l'esprit, plus de discussions de mots que de véritable analyse physiologique, et du reste toute cette première partie est comme un hors-d'œuvre surajouté à la partie purement expérimentale. Pourquoi cette prétention à une nouvelle méthode sous le nom d'*analyse physiologique?* Pourquoi cette nouvelle division en *mouvements de la vie organique* et *mouvements de la vie fonctionnelle?* Il nous semble aussi que, même en définissant avec l'auteur *la vie fonctionnelle, l'ensemble des mouvements à la faveur desquels les produits de la vie organique sont mis en rapport les uns avec les autres,* nous ne voyons nullement la nécessité de la conclusion suivante : « Il est évident qu'on ne chercherait pas dans le même organe, dans le foie par exemple, deux ordres de fonctions, une fonction glycogénique et une fonction biliaire, si, par l'analyse physiologique, on fût arrivé à cette conviction scientifique que chaque organe n'a qu'une fonction, ce qui ne veut pas dire que les produits de la vie organique ne puissent être complexes, etc., etc. »

Passant à la partie expérimentale, nous pouvons caractériser la méthode employée par M. Fournié en disant qu'elle réalise artificiellement ce que l'on est depuis longtemps habitué à demander à l'observation clinique et aux autopsies. Les faits les plus précieux pour la physiologie des centres nerveux nous ont été jusqu'à ce jour fournis par l'analyse clinique des affections bien circonscrites (tumeurs, hémorrhagies) des différents départements de l'encéphale. M. Fournié a eu l'idée de provoquer expérimentalement des lésions analogues dans la masse encéphalique du chien, et de pouvoir ainsi multiplier en un court espace de temps les observations les plus probantes. M. Beaunis (de Nancy) avait eu aussi l'idée de diriger des expériences dans ce sens, et, il n'y a que quelques jours encore, les journaux de médecine ont retenti de réclamations de priorité élevées à ce sujet entre les deux physiologistes. Quoi qu'il en soit, voici comment procède M. Fournié pour léser n'importe quelle partie du cerveau sans compromettre la vie. Il pratique d'abord un petit trou sur un point variable du crâne, au moyen d'une sorte de vilebrequin ; puis à travers ce trou, introduisant l'aiguille de la seringue de Pravaz jusqu'au point du cerveau qu'il veut détruire, il pousse une injection de chlorure de zinc coloré en bleu. La partie touchée par l'injection est détruite ; après que l'animal s'est reposé, on examine les symptômes qu'il présente. Puis au bout de vingt-quatre heures on sacrifie l'animal, et l'on reconnaît facilement la partie lésée par l'induration des tissus et par leur coloration bleue.

Les expériences dont l'auteur rapporte les observations sont nombreuses : il n'y en a pas moins de quarante. Ces observations sont reprises et résumées sous forme de tableaux qui portent en tête l'indication de la partie lésée, dans une première colonne le numéro de l'observation, dans une seconde la description sommaire de la lésion, et enfin dans la troisième et la quatrième les troubles de sensibilité et de motilité qui ont été observés. Il est ainsi très-facile de se rendre compte de l'ensemble de ces recherches en parcourant ces sept tableaux, qui nous représentent successivement le résultat des lésions portant sur les couches optiques, sur les corps striés, sur la périphérie corticale des hémisphères, sur leurs centres blancs, sur le cervelet et enfin le résultat de quelques cas à lésions complexes. Voici les principaux résultats obtenus : le sentiment ayant été aboli cinq fois sur sept dans les lésions de la couche optique, l'auteur n'hésite pas à faire de ces couches le siége de la *perception simple :* on voit qu'il se rattache à l'opinion du docteur Luys, s'éloignant de celle du plus grand nombre de physiologistes, qui font des couches optiques un centre excito-moteur. (Voy. *Vulpian*. Leçons sur la physiologie du système nerveux. 1866.) Cependant il est à remarquer que, dans toutes les lésions des couches optiques, les phénomènes d'insensibilité ont été toujours accompagnés de mouvements de galop sur place : l'auteur se rend compte

de ces excitations motrices en analysant la manière dont le caustique agit : « Le caustique agit peu à peu et son action ne se limite pas à la dernière cellule détruite; celle qui vient après celle-ci subit également l'influence éloignée du caustique, et cette influence se manifeste par une suractivité organique de la cellule... Il peut se faire qu'une partie détruite puisse exciter l'activité fonctionnelle d'une partie voisine. » Il y aurait donc ici surexcitation des corps striés.

C'est qu'en effet, les lésions de mouvement s'étant montrées constantes toutes les fois qu'on a atteint les corps striés, on en est amené à conclure que les corps striés sont le centre où viennent aboutir les excitations aux mouvements voulus, et d'où partent les excitations aux mouvements volontaires, comme l'avaient du reste prouvé dès longtemps les observations d'anatomie pathologique. — Mais très-souvent aussi, par une contradiction apparente du genre de celle que nous signalions à propos des couches optiques, le sentiment semble aboli par la destruction des corps striés. « L'insensibilité dans ce cas n'est qu'apparente : la sensibilité persiste, puisque les couches optiques sont intactes ; mais elle ne peut se manifester par aucun mouvement : l'animal souffre, mais il ne saurait le prouver, puisqu'il est paralysé complétement. Il est rare cependant que l'on détruise entièrement les corps striés, et alors il persiste quelques mouvements de la tête ou des yeux, ou du cri, qui prouvent que la sensibilité n'est pas atteinte. »

Les lésions de la périphérie corticale ont donné les résultats qui confirment ce qui était acquis depuis Flourens à la physiologie des centres nerveux : *Conservation de la perception simple*, mais *perte de connaissance et de mémoire*.

Les lésions des autres parties de l'encéphale ont donné des résultats qui n'ajoutent que peu ou pas à ce que l'on a cru pouvoir préjuger sur les fonctions de ces centres. Les injections dans le cervelet ont produit des phénomènes d'*excitation vive ;* par suite l'auteur est disposé à voir dans le cervelet : « Un organe de renforcement des actions cérébrales, destiné en même temps à remplacer par une excitation spéciale l'action de la volonté, lorsque cette dernière est absente... » Cette hypothèse a la plus grande analogie avec celle qu'a émise Luys.

En somme le résultat le plus intéressant est celui qui tend à nous faire considérer les couches optiques comme le centre des *sensations brutes*. L'auteur a même noté dans ces couches des localisations qui répondent à peu près à celles que Luys a indiquées : le sens de l'odorat a été aboli avec la lésion de la partie antérieure des couches optiques (Obs. IX); le sens de l'ouïe a été détruit avec la lésion du tiers antérieur de la couche optique gauche (Obs. XIII).

Ce travail est accompagné de trente-deux figures qui permettent

de constater avec quelle exactitude les lésions ont été bornées à tel ou tel centre gris, à telle ou telle commissure blanche.

M. DUVAL.

Cenno sulle ricerche fatte dal prof. Schiff nel laboratorio, del museo de Firenze durante l'anno 1872 (Compte rendu des expériences faites en 1872), par le prof. SCHIFF, au laboratoire de Florence. (*In giornale la Nazione, d'après l'analyse de Boll, dans le Centralblatt des* 9, 16, 23 *novembre* 1872, *et* 4, 11, 18 *janvier* 1873.)

I. — *Influence de la respiration artificielle dans la commotion et la compression cérébrale.*

Chez des chiens éthérisés, on met à nu la moelle allongée à laquelle on fait subir une solution de continuité considérable, en ayant soin cependant de respecter au moins un des faisceaux latéraux. Immédiatement après la blessure, la respiration s'arrête, la langue se gonfle et devient bleuâtre, des convulsions se produisent dans les extrémités et l'animal paraît mourant. Au moment où les battements cardiaques sont à peine sensibles, on pratique la respiration artificielle et aussitôt le pouls se relève. Au bout de quelques heures, on suspend la respiration artificielle. Les animaux qui avaient subi une lésion trop étendue de la moelle allongée ne tardèrent pas à succomber. Mais chez la plupart, 15 à 20 secondes après la suppression de la respiration artificielle, de faibles mouvements inspiratoires se produisirent (sous l'influence de l'action de l'acide carbonique sur les centres nerveux). En reprenant la respiration artificielle pendant une demi-heure, puis en la suspendant de nouveau, et ainsi de suite à trois ou quatre reprises, on voyait chaque fois la respiration automatique devenir plus énergique, au point de pouvoir maintenir l'animal en vie pendant un certain temps. Si la blessure de la moelle allongée n'intéressait qu'une moitié de cet organe, la respiration ne se faisait que d'un seul côté, mais suffisante pour prolonger la vie indéfiniment.

On obtient les mêmes résultats quand on a lésé le centre médullaire respiratoire non pas par un traumatisme direct, mais par simple compression (injection forcée d'eau tiède dans le crâne).

Schiff conclut à l'opportunité de la respiration artificielle dans les cas d'*apoplexie foudroyante* chez l'homme. Bien entendu que cette intervention ne sera utile que si le centre respiratoire seul et non pas le centre circulatoire est atteint.

II. — *Influence de la respiration (artificielle et normale) sur la circulation; oscillations respiratoires de la tension artérielle.*

Dans la respiration artificielle les conditions de pression intra-

thoracique sont totalement interverties; ainsi, dans la respiration normale, la pression diminue pendant l'inspiration ; elle augmente dans la respiration artificielle, et vice versâ lors de l'expiration. A priori, on pourrait donc s'attendre à une influence notable de ce mode de respiration sur la circulation. Schiff s'est assuré qu'il n'en est rien et que les oscillations que l'on constate dans la tension artérielle sont les mêmes pendant la respiration artificielle que pendant la respiration normale.

A ce sujet, Schiff communique des résultats très-intéressants sur les conditions qui amènent les *oscillations respiratoires* de la tension artérielle. La plupart des physiologistes les attribuent aux pressions variées que le diaphragme et les viscères abdominaux exercent sur le cœur et les gros vaisseaux lors des deux phases respiratoires.

Les expériences de Schiff tendent à démontrer que ce n'est que très-exceptionnellement que les mouvements du diaphragme déterminent ce phénomène. Les variations de tension vasculaire que l'on constate dans les deux phases de la respiration normale ne sont pas dues à une *cause mécanique*, mais tiennent à une cause centrale, *nerveuse*. Chaque fois que l'oxygène diminue dans le sang et que l'acide carbonique s'y accumule, il se produit, dans le centre médullaire respiratoire, une excitation qui détermine un mouvement d'inspiration; mais la même cause excite également le centre nerveux vasculo-moteur, amène la contraction des artérioles et augmente ainsi la pression des gros troncs.

Ce qui le prouve, c'est que ces oscillations s'observent chez des animaux curarisés et auxquels on a ouvert le thorax et pratiqué la respiration artificielle; il ne pouvait donc là être question de pression de la part du diaphragme ou des viscères abdominaux. Ces oscillations de la tension sont absolument parallèles aux changements chimiques des gaz du sang. En faisant respirer aux animaux de l'oxygène pur, les oscillations sont supprimées et ne réapparaissent que quand de l'acide carbonique recommence à s'amasser dans le sang. Les oscillations respiratoires de la pression sanguine ne tiennent donc pas au fait mécanique de l'acte respiratoire, mais aux conséquences chimiques de cet acte sur la composition du sang et à l'action de ce liquide sur les centres nerveux vasomoteurs.

Schiff néanmoins ne conteste point que dans les mouvements respiratoires énergiques et profonds les variations de la pression intra-thoracique ne puissent retentir sur la tension sanguine. Mais cela n'a pas lieu dans la respiration naturelle.

Des chats et des lapins, dont la tension artérielle préalablement inscrite présentait des oscillations respiratoires très-nettes, furent placés pendant deux à trois heures dans un espace clos. L'analyse de l'air confiné y décela une proportion considérable d'acide car-

bonique. On retire brusquement les animaux du milieu et on enregistre la pression artérielle à l'aide du kymographion. Dans les premiers instants qui suivent ce changement subit, des inspirations très-profondes et très-rapides s'établissent et en même temps les oscillations de la tension deviennent très-marquées. Celles-ci, Schiff les regarde comme étant d'origine mécanique. A mesure que la respiration reprend son type normal, les oscillations diminuent et deviennent presque insensibles; au bout de 30 minutes, quand l'échange gazeux du sang fut revenu définitivement à la normale, les anciennes oscillations respiratoires, enregistrées avant l'expérience, reparurent.

De même, si après avoir placé un animal dans un milieu fortement oxygéné, on le ramène subitement à l'air libre, d'énormes oscillations respiratoires s'observent.

En résumé, le besoin de respirer se traduit par deux espèces de mouvements : une contraction des muscles thoraciques (inspiration) et une contraction de la musculature artérielle, augmentant la pression sanguine (oscillations respiratoires). Cette double action est sollicitée par l'influence de l'acide carbonique sur la moelle allongée. Son intensité varie d'une part avec la proportion de l'excitant, de l'acide carbonique, de l'autre avec l'excitabilité plus ou moins grande du centre médullaire. C'est ainsi que les oscillations respiratoires sont bien plus énergiques chez les animaux anesthésiés par le chloral que chez ceux qu'on a empoisonnés par le curare.

III. — *De la conduction dans la moelle épinière.*

Il y a longtemps que Schiff a constaté, et Longet après lui, que les cordons postérieurs de la moelle servent à la conduction des impressions tactiles, et non aux impressions douloureuses ou de la pression; ce qui explique les cas pathologiques où le sens du tact est aboli avec conservation de la douleur. Inversement, si on sectionne toute la moelle, sauf les cordons postérieurs, le sens de la douleur est aboli, le tact conservé.

Récemment, Schiff est parvenu à pratiquer cette opération presque sans perte de sang et de façon à conserver presque indéfiniment les animaux en expérience. Il détruisait les cordons postérieurs ou l'un de ces cordons en même temps qu'une portion du cordon latéral, de la substance grise ou du cordon antérieur. Dans les premiers temps qui suivirent l'opération, les troubles étaient multiples, comme la lésion elle-même; mais, chose remarquable, au bout de quelques jours, tous les autres troubles fonctionnels disparurent, sauf l'abolition du tact, qui resta définitive. Et néanmoins l'autopsie démontra qu'aucune des portions sectionnées, des antérieures ou des latérales pas plus que des postérieures, ne présentaient de régénération.

Il paraît résulter de ces expériences ce fait déjà connu que dans les destructions de la presque totalité de la moelle, les parties restées saines peuvent suppléer aux usages de celles qui ont été détruites. Cette règle ne comporte qu'une exception : la destruction du cordon postérieur abolit sans retour la sensibilité tactile, et les autres parties de la moelle sont inaptes à suppléer au fonctionnement de ce cordon.

Cela rend parfaitement compte de certaines particularités de l'anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice. Un des symptômes essentiels de cette maladie est le trouble ou l'abolition de la sensibilité tactile. Que l'autopsie révèle des lésions très-étendues ou très-limitées, pour peu que les cordons postérieurs soient atteints, la symptomatologie est à peu près la même. On dirait, dit Schiff, qu'à part les cordons postérieurs, les autres parties de la moelle n'ont pas de fonction spéciale. Ainsi, les faisceaux latéraux auront beau être très-profondément altérés, comparativement à la lésion des cordons postérieurs, ce seront cependant les symptômes dépendant de cette dernière qui seront prédominants. C'est précisément en se basant sur cette observation qu'on a prétendu que les autres faisceaux servaient aussi à la conduction des impressions tactiles. Il n'en est rien et la seule explication est la suivante : toutes les parties de la moelle peuvent fonctionner l'une pour l'autre d'une façon compensatrice ; le cordon postérieur seul ne peut être suppléé dans ses fonctions.

Du reste, cette règle n'est vraie d'une façon absolue que pour la partie supérieure de la moelle dorsale et la moitié inférieure de la moelle cervicale.

Sanders-Ezn avait déjà constaté que les racines sensitives de la portion lombaire de la moelle et de la moitié inférieure de la portion dorsale ne se continuent pas directement avec les faisceaux postérieurs, mais cheminent plus ou moins obliquement dans l'épaisseur de la moelle et ne gagnent les faisceaux postérieurs qu'après un trajet qui peut mesurer jusqu'à 6 et 9 centimètres chez le chien. Aussi tous les nerfs du tact des extrémités postérieures parcourent la moelle lombaire sans faire partie des cordons postérieurs qu'ils n'atteignent qu'au niveau des 2 ou 3 dernières vertèbres dorsales. Les cordons postérieurs de la moelle lombaire ne contiennent que les nerfs du tact des organes génitaux, de l'anus et de l'appendice caudal.

Ces faits ont été confirmés par Schiff. Il constata, en outre, que la section des cordons *latéraux* de la moelle lombaire produit les mêmes troubles fonctionnels dans les extrémités postérieures, que la section des cordons *postérieurs* au niveau de la moelle dorsale ou de la partie inférieure de la moelle cervicale. Les filets présidant au sens du tact affectent donc un trajet différent dans la moelle lombaire ; ainsi on peut constater de l'ataxie des extrémités

inférieures sans aucune altération des cordons postérieurs ; dans ces cas, d'après Schiff, la région anale conserve *toujours* sa sensibilité tactile.

Au contraire, les lésions des cordons postérieurs de la portion lombaire de la moelle s'accompagnent constamment de l'abolition de la sensibilité tactile de la région perinéo-anale (Sanders-Ezn, Schiff).

Des expériences pratiquées sur la partie supérieure de la moelle cervicale démontrèrent à Schiff ce fait remarquable que les cordons latéraux, affectés à la conduction du mouvement respiratoire, se rapprochent des nerfs de conduction du tact en ce sens qu'ils ne peuvent être suppléés dans leur fonction : après la section du cordon latéral à la partie supérieure du cou, le côté correspondant de la poitrine reste paralysé pour toujours.

IV.— *Expériences sur la digestion stomacale.*

Elles sont la continuation des recherches si intéressantes sur le *maximum de capacité digestive* de l'estomac que Schiff a déjà publiées dans ses leçons sur la physiologie de la digestion (Turin, 1867). Voici, en substance, l'idée fondamentale de sa méthode ancienne. Il tue un animal, coupe son estomac en petits morceaux, le fait infuser dans 500 grammes d'eau convenablement acidulée, puis fait agir un volume connu de cette infusion sur un certain poids d'albumine, à la température du corps ; il dose l'albumine non transformée en peptone (non digérée) et par différence obtient la quantité d'albumine digérée.

Un simple calcul de proportion lui donne ensuite la capacité de digestion de l'estomac entier. Il trouva ainsi qu'un estomac de chien est capable, en moyenne, de digérer artificiellement 70 à 100 grammes d'albumine.

Des recherches ultérieures montrèrent que le problème comporte des complications inattendues. Les résultats obtenus avec le même estomac diffèrent énormément selon que l'infusion est plus ou moins étendue d'eau, plus ou moins acidulée, et que la digestion artificielle de l'albumine est plus ou moins prolongée. Des recherches très-nombreuses et très-patientes lui ont permis de déterminer la valeur de certains de ces facteurs. Ainsi en étendant de 20 litres d'eau la muqueuse stomacale d'un chat, Schiff a pu lui faire digérer artificiellement 2,000 gr. d'albumine (au lieu de 70 gr. que donne le procédé habituel). Il est vrai qu'il faut laisser durer la digestion pendant 15 jours environ. En faisant infuser l'estomac d'un chien dans 200 litres d'eau, Schiff a pu lui faire digérer la quantité fabuleuse de 75 kilogr. d'albumine ! Il est un degré de dilution au delà duquel l'énergie digestive diminue, degré qui représente, par conséquent, le maximum d'activité digestive de l'estomac.

V.— *Expériences sur le pancréas.*

L'extirpation du pancréas sur les animaux adultes est très-rapidement mortelle ; on sait par quel ingénieux procédé Cl. Bernard tourna la difficulté: il injecta du suif dans le canal de Wirsung et amena ainsi la destruction de la glande. Il put ainsi conserver quelques animaux, mais qui présentèrent un amaigrissement et une voracité considérables. Cl. Bernard en concluait que le suc pancréatique est nécessaire à la digestion et à l'absorption des graisses. Il y a longtemps que Schiff avait attribué ce défaut d'absorption des graisses à une inflammation du canal cholédoque et à la suppression de l'arrivée de la bile que provoquerait l'expérience de Cl. Bernard. Schiff du reste, chez les oiseaux, Colin et Bérard sur des mammifères nouveau-nés, ont pu extirper le pancréas et conserver les animaux.

Il s'agissait d'arriver à extirper ou à détruire le pancréas sur les animaux adultes sans provoquer la mort ou l'oblitération du canal cholédoque. Schiff y est parvenu en modifiant la méthode de Cl. Bernard. Il injecta dans le canal pancréatique une substance liquide à la température ordinaire, se solidifiant à la température du corps, peu altérable, point irritante pour les tissus et ne déterminant, par conséquent, qu'une inflammation peu étendue. Toutes ces conditions, la paraffine les remplit, d'après Schiff.

Les chiens adultes dans le pancréas desquels Schiff injecta de 16 à 27 centigr. de cette substance guérirent parfaitement, sans présenter d'amaigrissement ni de voracité exceptionnels; les fèces ne renfermaient pas de graisse en plus grande proportion qu'à l'état normal, même avec une alimentation très-riche en graisse. Néanmoins à l'autopsie, on constatait toujours la destruction de l'épithélium glandulaire ; le tissu de l'organe était même réduit, dans beaucoup de cas, à un simple cordon fibreux renfermant des granulations de paraffine.

Chez les animaux adultes, comme chez les nouveau-nés, le pancréas peut donc être détruit sans que la digestion en soit notablement affectée. STRAUS.

Researches on the action and sounds of the heart (Recherches sur les mouvements et les bruits du cœur), by George PATON. (*J. et A. Churchill, London*, 1873, *in*-8°, *cloth*, 64 *pages.*)

L'auteur semble être resté étranger à tout ce qui a été écrit depuis trente ans sur le sujet dont il s'occupe; il a l'air d'ignorer le bruit qui s'est fait en France à propos de la théorie dite de Beau, mais chose plus grave, il ne fait pas la moindre allusion aux données fournies depuis plusieurs années déjà par l'emploi des appareils

enregistreurs. Il dit avoir étudié les mouvements et les bruits du cœur sur plusieurs espèces d'animaux, mais spécialement sur de grandes tortues du Canada.

Les tortues n'ont, comme on le sait, qu'un seul ventricule bien distinct des deux oreillettes et leur cœur peut ne battre que douze fois à la minute : deux circonstances favorables à l'étude des bruits et mouvements cardiaques.

Voici ce qui résulte des « nombreuses et soigneuses observations » de Paton. Lorsque le cœur bat seulement 12 ou 14 fois par minute après la systole ventriculaire, le sang accumulé par *vis a tergo* dans les oreillettes entre dans le ventricule, c'est le premier temps de la diastole, suivi d'un repos apparent pendant lequel le sang arrive lentement produisant une dilatation insensible (2e temps de la diastole) ; bientôt, les oreillettes se contractent (3e temps de la diastole) et mettant le comble à la dilatation du ventricule, le font se contracter immédiatement.

La contraction des oreillettes est très-faible ou très-énergique suivant que le nombre des battements du cœur est petit ou considérable. En outre, les trois temps de la diastole peuvent se confondre plus ou moins. Sur une tortue vivante : 1° le cœur bat 12 fois par minute ; on observe nettement : diastole ventriculaire passive, pause apparente, diastole ventriculaire active par contraction des oreillettes, systole ventriculaire ; 2° le cœur bat 18 fois par minute ; la diastole passive est, sans intervalle de repos, suivie de la diastole active ; 3° le cœur bat 28 fois par minute ; la diastole passive a disparu : immédiatement après la systole ventriculaire se montre la systole des oreillettes qui dure jusqu'à la réplétion du ventricule, par conséquent jusqu'à sa contraction.

L'auteur croit que les oreillettes règlent la marche du cœur, c'est-à-dire la contraction du ventricule. Elles sont, en effet, touchées les premières par le sang revenant des organes et du poumon ; et c'est sur elles d'abord qu'agit le système nerveux. Pour G. P., la cause prochaine de la contraction des cavités cardiaques serait la distension de leurs fibres et, tandis que la *vis a tergo* suffirait à amener la systole des minces et extensibles oreillettes, il faudrait, en outre, pour déterminer la systole ventriculaire, l'intervention des oreillettes sans la contraction desquelles le ventricule insuffisamment distendu resterait au repos.

P. insiste sur les changements apportés dans la succession des mouvements du cœur par l'augmentation ou la diminution du nombre des battements ; il attribue à la respiration artificielle employée quand on expérimente sur de grands mammifères, des troubles considérables, et n'hésite pas à revenir à la théorie des bruits du cœur donnée par Laennec, aussi bien pour l'homme que pour la tortue. Voici du reste ses conclusions à ce sujet :

« Le premier bruit est produit par la contraction du ventricule et

le battement de l'aorte. Il commence lorsque le sang est lancé avec force dans l'orifice aortique et atteint son maximum, dans l'artère, au moment où le sang refluant vient fermer les valvules sigmoïdes. »

« Le second bruit dépend de la contraction des oreillettes et s'entend lorsqu'elles projettent le sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire pendant la diastole ventriculaire. »

De sorte que l'occlusion brusque des orifices artériels par les valvules sigmoïdes ne serait plus la cause du second bruit « bref et clair, » mais contribuerait simplement à renforcer la fin du premier bruit « doux, prolongé et terminé par une espèce de choc. »

L. H. FARABEUF.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward H. CLARKE et Robert AMORY (de Boston), 1872, traduct. par LABADIE-LAGRAVE. (*Gaz. hebd. de méd. et chirurg.*, *nos* 40, 41, 43, 44 *de* 1872, *et* 1, 4 *et* 6 *de* 1873.)

L'auteur, traitant d'abord les propriétés physiologiques des bromures, arrive à cette conclusion, que l'estomac et le rectum constituent leurs meilleures voies d'introduction. Il faut les ordonner en solution étendue (cinq grammes d'eau pour cinq centigrammes de sel) et à jeun, et les proscrire dans tous les cas d'inflammation, d'irritation ou de lésion organique de l'estomac. L'élimination des bromures se fait par les reins, dix minutes environ après leur administration, et devient presque complète au bout de vingt-quatre heures environ. Il en résulte que, si l'on veut maintenir l'organisme sous l'action d'une dose continue, il faut administrer le médicament trois fois en vingt-quatre heures et à intervalles à peu près égaux.

Le bromure peut être pris en une seule fois (*dose unique ou hypnotique*) ou en plusieurs fois (*dose continue*). L'action du médicament diffère dans les deux modes d'administration : dans le premier cas (dose unique de un à trois grammes), le bromure exerce une action sédative sur le système nerveux : lassitude physique et intellectuelle, repos moral, somnolence et sommeil. Mais il faut bien savoir que ce sel, qui agit en déterminant la contraction des vaisseaux cérébraux, peut produire la veille ou le sommeil, suivant l'état de congestion ou d'anémie du cerveau. Si, en effet, l'insomnie est due à une ischémie trop marquée de l'encéphale, le bromure, loin de l'atténuer, l'augmentera au contraire en augmentant l'ischémie, cause de l'insomnie ; c'est dans ce cas que l'opium et même l'alcool réussiront mieux. Par contre, on emploiera le bromure avec succès dans les insomnies succédant aux inquiétudes morales, au travail intellectuel excessif, à celle qui se montre dans l'hystérie, la grossesse, les maux de dents, dans la fièvre typhoïde, dans l'irritabilité

nerveuse excessive, dans tous les cas où le cerveau est hypérémié. Pour augmenter l'action hypnotique de l'opium chez les personnes qui supportent mal ce médicament, M. le docteur Da Costa, de Philadelphie, donne avec avantage le bromure quelques heures avant l'opium.

Dans le second cas (dose continue ou subintrante à la dose de un à six grammes), l'organisme est toujours imprégné du bromure au fur et à mesure de son élimination. A la dose de plus de cinq grammes par jour, il détermine le plus souvent des accidents toxiques; les deux tiers des malades auxquels l'auteur a administré le bromure à dose continue ont été atteints d'acné ; les autres phénomènes qui suivent son administration à dose continue sont : la salivation, l'haleine fétide de la bouche, l'anesthésie du voile du palais, et à dose toxique, la raucité de la voix et l'aphonie, le ralentissement du cœur et de la respiration, l'abaissement de la température.

La dose continue produit un état de demi-somnolence incessante, qui prédispose l'organisme au sommeil et rend celui-ci plus profond pendant la nuit. L'action hypnotique est plus souvent obtenue avec une dose de 0,30 à 0,40 centigrammes de bromure, administrés trois ou quatre fois par jour, qu'avec une seule dose massive de quatre à cinq grammes. Le bromure détermine aussi la perte de la mémoire, de la mémoire des mots (*aphasie bromique*), la diminution des facultés intellectuelles.

On l'emploiera encore comme calmant dans diverses maladies : irritabilité nerveuse, douleurs erratiques, etc., bronchite à forme spasmodique, fièvres typhoides ou autres ; pour modérer l'excitabilité réflexe ou diminuer la congestion encéphalique ; comme anesthésique dans diverses maladies : dysphagie hystérique, pertes séminales, prurit vulvaire, excitations génésiques, vaginisme, etc. ; angine de poitrine, coqueluche et asthme, certaines névralgies, etc. ; comme modérateur du pouvoir réflexe dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée.

Dans la dernière partie de ce mémoire, l'auteur passe en revue les propriétés des divers bromures d'ammonium, de sodium et de lithium qui se rapprochent beaucoup de celles du bromure de potassium.

HENRI HUCHARD.

Ueber die physiologirhen Wickungen des Digitalins auf den Kreislauf und die Temperature (De l'action de la digitaline sur la circulation et la température organique), par ACKERMANN. *(Deutsches Archiv. für klinische Medicin,* XI*e vol., 2e partie, décembre* 1872.*)*

On sait que, pour Traube, l'action de la digitale sur le pouls est due à une excitation des pneumograstriques ; Ackermann pré-

tend prouver l'exactitude de cette proposition en montrant que le ralentissement du pouls ne se produit plus, si l'on a préalablement soumis l'animal à l'influence de l'atropine, agent qui aurait précisément pour effet de paralyser les pneumogastriques (Traube et Blœbaum). Ses expériences n'ont pas à nos yeux la signification qu'il leur attribue ; il a eu constamment, en effet, le tort d'introduire les alcaloïdes en injection dans les veines jugulaires, et c'est là, d'après Vulpian et Carville, un procédé essentiellement défectueux ; car, dans ces conditions, leur action directe sur le muscle cardiaque s'exerce avec une grande énergie et l'on n'est plus dès lors en droit de rapporter à l'influence du système nerveux le trouble que subit la circulation.

On sait que, dans l'intoxication par la digitale, le ralentissement du pouls fait bientôt place à une accélération. Ackermann a constaté directement que les pneumogastriques avaient, à ce moment, complétement perdu leur excitabilité ; ce serait donc avec raison que Traube rapporterait à la paralysie de ces cordons nerveux, cette nouvelle modification dans la fréquence des battements cardiaques.

L'arrêt du cœur qui survient plus tard reconnaît vraisemblablement un autre mécanisme, c'est alors le muscle lui-même qui est paralysé ; le plus souvent, il ne donne plus de contractions même sous l'influence des excitants les plus énergiques.

Dans une deuxième série d'expériences, l'auteur recherche quelle est l'action de la digitaline sur la pression artérielle, lorsque l'on a préalablement sectionné la moelle cervicale ; il dit avoir vu se produire, dans ces conditions, une élévation notable, bien que passagère, de la tension artérielle ; et il croit pouvoir la rapporter à une contraction tétanique des artères, contraction dont la cause prochaine serait très-probablement une excitation de la partie périphérique ou terminale des vaso-moteurs. Nous devons dire que nous considérons ces conclusions comme forcées, et les expériences sur lesquelles elles s'appuient comme peu démonstratives, car dans les seuls faits où, d'après l'auteur lui-même, il soit certain que la section de la moelle ait été complète, les modifications de la tension artérielle ont été trop peu prononcées pour que l'on soit en droit de les attribuer à l'action du poison, surtout si l'on considère que les animaux n'ont survécu que de 7 à 10 minutes aux graves mutilations qu'ils avaient subies.

Que dire des expériences par lesquelles l'auteur prétend démontrer directement l'influence de la digitaline sur la température organique ? Il annonce qu'il les a répétées un grand nombre de fois, qu'il choisit, comme exemple, les cas les plus probants, et en première ligne il présente le fait suivant : L'animal (un chien) offrait, avant l'injection de digitaline, la température tout à fait anormale de 34°6 ; il avait été curarisé, narcotisé par la morphine ; on lui avait ouvert l'une des crurales pour prendre la tension artérielle

et l'une des jugulaires pour introduire le thermomètre; on faisait la respiration artificielle; après l'injection de digitaline, la température tombe, pendant un instant, de 0,6 pour remonter presque aussitôt; l'animal meurt au bout de 6 minutes; et Ackermann part de là pour dire que la digitale abaisse la température.

Les observations qui suivent sont à l'avenant; on comprendra que nous n'y insistions pas plus longuement. H. HALLOPEAU.

Untersuchungen über die Wirkungen des Nicotins (Recherches sur l'action de la nicotine), par S. de BASCH et L. OSER. (*Wien. med. Jahrb.*, 1872 367-388.)

Pour étudier l'action de la nicotine sur l'intestin, les auteurs se servent de la méthode employée par Basch et Mayer, c'est-à-dire qu'ils expérimentent sur des animaux curarisés. Ils purent, après l'injection de 1/4 à une 1/2 seringue (les auteurs négligent d'en indiquer la capacité) d'une solution à 1 dixième, distinguer trois sortes de mouvements. Les deux premiers, connus déjà de Nasse, sont des mouvements d'abord sans importance, durant peu et qui, 5 à 8 secondes après l'injection, dégénèrent en contractions tétaniques en même temps que l'intestin pâlit. Puis apparaissent régulièrement, après un intervalle de repos de 4 à 7 minutes, des mouvements péristaltiques devenant de plus en plus forts, très-analogues aux mouvements normaux pendant la digestion. De plus grandes quantités de nicotine (1 à 2 seringues de 2 à 4 0/0) ne font qu'accentuer ce stade. Le 3e apparaît très-faiblement. Des injections faites coup sur coup, aussi bien avec de fortes que de faibles doses, restent bientôt sans effet.

La cause de ces mouvements réside, comme l'a déjà dit Nasse, dans la paroi de l'intestin. Cependant, à côté de cette cause périphérique, il semble en exister une autre centrale, puisque la première catégorie des mouvements intestinaux s'observe même après l'injection de nicotine dans la carotide, tandis que l'aorte est comprimée, ce qui n'a pas lieu par la simple oblitération de ce vaisseau. Les auteurs cherchent à expliquer ces mouvements de l'intestin par les altérations de la circulation indiquées par Rosenthal, Traube, etc., dans l'étude de l'action de la nicotine, action qui se manifeste sur les mouvements du cœur et les modifications de la pression vasculaire. Les auteurs n'ont constaté aucun fait nouveau, ce ne sont que les conclusions qu'ils en tirent qui diffèrent de ce qui est déjà connu. Il est vrai que, d'après eux, la diminution de fréquence du pouls est causée par l'excitation de l'appareil terminal du nerf vague, excitation à laquelle succède une diminution d'irritabilité.

Par contre, l'augmentation initiale de la pression sanguine que

suit de nouveau une diminution n'est pas, pour eux, causée, comme l'admet Traube, par l'excitation des nerfs moteurs du cœur, mais par une irritation des fibres vaso-motrices. Les auteurs admettent ce fait comme démontré par la pâleur de l'intestin et la contraction énorme des petits vaisseaux de cet organe. Cette contraction des artérioles est complétement indépendante de la contraction des muscles de l'intestin : elle est la résultante de l'excitation combinée du centre vaso-moteur et des fibres vaso-motrices périphériques. En effet, même après la section de la moelle allongée et sur des anses intestinales isolées, on peut voir cette contraction.

Le lien des phénomènes intestinaux cardiaques et vasculaires serait donc que : 1° le premier aussi bien que le deuxième mouvement péristaltique coïncide avec une excitation du nerf vague (1er et 2e ralentissements du pouls), et la pression du sang pendant ce temps étant toujours plus faible, les vaisseaux plus larges ; l'intestin est, en conséquence, pourvu pendant les deux mouvements péristaltiques d'une quantité suffisante de sang ; 2° le tétanos intestinal arrive avec l'excitation du nerf vague (ralentissement du pouls), et avec l'excitation du système vaso-moteur (pâleur de l'intestin et contraction vasculaire) ; 3° le repos de l'intestin coïncide avec la diminution de l'excitabilité du nerf vague (augmentation de fréquence du pouls, diminution de la pression du sang et injection vasculaire). H. CHOUPPE.

Ein Beitrag zur Physiologie des Chlornatrium (Contribution à la physiologie du chlorure de sodium), par le prof. FALCK, de Marbourg. (*Archiv. für path. Anat., v. LVI, livr.* 3.)

L'auteur recherche quelle est l'action du chlorure de sodium introduit à haute dose dans l'économie, et il arrive à cette conclusion que, à haute dose, le chlorure de sodium est beaucoup plus dangereux qu'on ne le croyait pour les mammifères, et que l'élimination de ce sel par les reins se fait au fur et à mesure de son introduction dans le sang, et avec la plus grande rapidité.

Le professeur Falck a employé deux procédés : l'injection dans les vaisseaux d'une solution de chlorure de sodium, et l'introduction dans l'estomac. — Dans ce dernier cas l'élimination par les reins est beaucoup moins rapide. Ce sont des chiens qui ont serv à ces nombreuses expériences, dont il consigne les résultats dans divers tableaux.

Parmi ces observations que nous ne pouvons analyser complétement, la 1re et la 2e nous ont paru assez intéressantes.

Une solution de 30 gr. de chlorure de sodium dans 100 litres d'eau distillée est injectée à plusieurs reprises dans la veine sous-clavière d'un chien, à 4 heures 31 minutes, 4 h. 36 m., 4 h. 39 m.,

4 h. 40 m. une 5e injection à 4 h. 45 m., détermine un afflux de sérosité écumeuse par la gueule et le nez, en même temps qu'une vive suffocation. A 4 h. 55 m. mêmes phénomènes encore plus prononcés, et de plus tremblement général. A 4 h. 58 m. nouvelle injection ; crampe tétanique sans trismus; à 5 heures mort.

Autopsie. — Pâleur des muscles. — Dilatation du cœur par un sang en partie fluide, en partie coagulé.

Les bronches sont pleines d'un liquide spumeux et les poumons très-fortement œdématiés, surtout les lobes inférieurs, le foie et la rate congestionnés; l'estomac distendu et rempli de liquide muqueux, les reins pâles et mous ; la vessie contient 43 c.c. d'urine.

La 2e expérience donne à peu près les mêmes résultats. — C'est-à-dire comme phénomènes très-saillants, un œdème très-prononcé du poumon, et la mort très-rapide de l'animal, avec une quantité de solution assez faible, puisque dans le 1er cas la mort survint après une injection de 80 cent. cubes de solution contenant 21. gr. de chlorure de sodium, et dans le 2e après l'injection de 110 c.c. de solution contenant 30 gr. de chlorure de sodium. Il est juste de dire que le deuxième chien pesait deux fois plus que le premier.

Quand on expérimente comparativement le phosphate de soude et le chlorure de sodium, on trouve que le premier est beaucoup mieux supporté que le second, et qu'il ne détermine pas comme lui l'œdème du poumon et l'affaiblissement des contractions cardiaques. Il faut encore ajouter, à l'actif du chlorure de sodium, la coloration en noir du sang et une plus grande fluidité de cette humeur.

Malheureusement le travail du professeur Falck est très-incomplet, puisque, comme il le reconnaît lui-même, le fait le plus important, c'est-à-dire l'œdème du poumon et l'afflux de sérosité abondante par les bronches et le nez sont mal analysés. On ignore s'il s'agit là de sérosité sanguine ou de la solution de chlorure qui a servi à l'injection.

De plus, existe-t-il une altération de structure des poumons et des bronches qui puisse expliquer cet œdème et ces afflux liquides ?

L'auteur promet de continuer ses recherches et de répondre à ces questions.

Nous ne pouvons que renvoyer au travail de l'auteur pour ce qui concerne l'étude de l'élimination par les reins et des urines éliminées.

Le professeur Falck a dressé une série de tableaux dans lesquels il étudie la quantité des urines, leur poids spécifique, leur réaction chimique, leur couleur et la quantité de chlorure de sodium qu'elles contiennent.

J. GRANCHER.

Ein Beitrag Zur Physiologie der Wassers (Contribution à la physiologie de l'eau), par F. A. FALCK de Marbourg. (*Zeitschrift für Biologie, VIII Band. III Heft ; Munich*, 1872.)

L'auteur, sans tenir compte des travaux antérieurs à ses expériences, donne avec les détails les plus circonstanciés les résultats qu'il a obtenus, en se proposant d'étudier ce qu'il appelle « la physiologie de l'eau. » Il se pose cinq problèmes :

1° *Des chiens peuvent-ils être tués par infusion dans les vaisseaux d'eau simple tiède et froide ?*

Il est répondu par trois expériences à cette question.

Un chien de 22 kilogr. et demi reçoit dans la veine jugulaire externe droite, par doses fractionnées (en 36 fois), 5,000 ᶜᶜ d'eau à 35°. L'animal succombe 56 minutes à dater de la première injection. Il en résulte qu'il a fallu 220 grammes d'eau tiède par kilogramme du poids de ce chien pour produire la mort. A l'autopsie, relatée dans cette expérience comme dans toutes les suivantes, avec des détails très-minutieux, on constate de l'œdème pulmonaire avec ecchymoses; dans les autres organes, sauf une petite quantité de sang dans la vessie et de la pâleur cérébrale, nous ne trouvons rien de notable.

L'auteur prétend que l'injection de la même quantité de sang de chien, tiède et défibriné, n'aurait pas produit la mort; c'est à l'action désorganisante de l'eau sur les globules du sang qu'il attribue la mort dans cette expérience. Quoi qu'il en soit de cette supposition, il est assez remarquable que les vaisseaux de cet animal aient pu contenir une quantité aussi prodigieuse de liquide, la quantité totale du sang de l'animal, avant l'opération, devant être évaluée à 1,747 grammes.

Dans la seconde expérience un chien de 11 kilog. reçoit en 12 fois 1,790 ᶜᶜ d'eau glacée (à + 1°); mort en 18 minutes et demie.

Troisième chien, d'environ 8 kilogr., reçoit 730 ᶜᶜ d'eau glacée (à + 1°); il meurt en 6 minutes et demie.

Les deux chiens qui ont reçu de l'eau glacée sont morts au moment où ils avaient reçu, le premier, 164 grammes, et l'autre, 88 grammes sur 1 kilogr. de leur propre poids.—La température du second chien avait baissé de 38,1° à 33,7°; la température du troisième chien, de 38,2° à 30,0°.

2° *Quelle est la capacité post mortem de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, et quelle est la relation entre la capacité ante mortem et celle post mortem?*

A un chien à jeun de 10 kilogr. et demi, on injecte de minute en minute, en 13 fois, 1,545 ᶜᶜ d'eau. C'est après la treizième fois que l'animal en rejette par vomissement 145 ᶜᶜ. On le tue; la capacité de l'estomac est trouvée de 3,500 ᶜᶜ. Le rapport entre la capacité pen-

dant la vie et celle après la mort est, par conséquent, de 1 à 2 1/2. Une seconde expérience donne des résultats très-approximatifs de ceux de la première.

3° *Quelle est la quantité d'urine excrétée par un chien privé de nourriture?*

Deux expériences identiques. Les chiens, après avoir reçu un dernier repas, sont pesés le lendemain; ils ne reçoivent aucune nourriture; leur urine est retirée au moyen d'une sonde, d'heure en heure, et l'on constate que le premier chien excrète à jeun et par heure 0,72cc, et le second, 1,16cc d'urine par kilogr. de leur propre poids. L'urine est constamment jaune, acide et concentrée. Ces résultats sont presque identiques à ceux obtenus dix-huit ans plus tôt par le père de l'expérimentateur.

4° *Quelle est l'influence de l'eau introduite dans l'estomac du chien, sur les fonctions des reins?*

Des chiens traités comme ceux dont il vient d'être question reçoivent, d'heure en heure, de l'eau distillée exactement mesurée au moyen d'une sonde œsophagienne; ils sont sondés en même temps. Les quantités d'eau injectées, en une fois, varient entre 500 et 1500 cc; l'expérience est répétée 8 fois. Dans la première expérience, les 500 grammes d'eau sont éliminés de la façon suivante : dans la première heure, 0,9 0/0; dans la deuxième heure, 22,3 0/0; dans la troisième heure, 24,7 0/0; dans la quatrième heure, 11,3 0/0; dans la cinquième heure, 3,3 0/0; et dans les quatre heures suivantes les proportions centésimales deviennent tout à fait insignifiantes.

La couleur de l'urine était dans la première heure, jaune clair; dans la deuxième heure, jaune pâle; dans la troisième heure, de couleur aqueuse; et elle redevint ensuite successivement jaune clair et jaune pâle comme au début de l'expérience. La réaction était alcaline la première heure, neutre les quatre heures suivantes et acide le reste du temps. Le poids spécifique de l'urine est de 1,035 la première heure, et ensuite d'heure en heure, de 1,004, 1,002, 1,006, 1,012, 1,015, 1,018, 1,020.

Dans les sept expériences suivantes, les résultats sont très-analogues à ceux de la première, à cela près que la proportion de la quantité d'eau éliminée est presque constamment plus considérable que dans la première expérience.

5° *Quelle est l'influence de l'injection d'eau tiède sur la sécrétion de l'urine du chien?*

Dans la première expérience, une chienne de 13 kilogr. étant à jeun rendait pendant les trois heures qui précédaient l'expérience et d'heure en heure (cathétérisme), 15, 19 et 14cc d'urine acide, du poids spécifique d'environ 1,040; on fait en une seule fois l'injection de 250cc d'eau distillée, dans la veine jugulaire externe. L'animal rend d'heure en heure (cathétérisé deux fois) la moyenne de

37cc,3 (9 heures d'observation) par heure, d'une urine d'abord alcaline, ensuite neutre, redevenant alcaline et de nouveau neutre. L'urine est, en outre, sanguinolente et contient de l'albumine.

Cinq expériences suivantes faites dans la même direction avec injections de quantités d'eau plus considérables (500 à 1,000cc), donnent des résultats analogues à la première expérience à cela près que l'albuminurie n'est pas constante. L'auteur fait remarquer que lorsque l'injection d'une grande quantité d'eau dans la circulation est précédée par l'injection d'une petite quantité du même liquide, les reins de l'animal sont en quelque sorte préparés à la pression plus grande, et l'hématurie ne se produit pas. Il est a remarquer que dans le sang contenu dans l'urine, on constata des globules non déformés, ce qui conduit l'auteur à rejeter l'hypothèse d'une simple désorganisation, par l'eau, de quelques globules qui seraient ensuite entraînés par l'urine ; il attribue l'hématurie à la seule augmentation de la pression du sang.

L'injection directe d'eau tiède dans le sang produit des vomissements et quelques accidents nerveux. L'élimination par l'urine du liquide injecté se fait d'autant plus rapidement que ces accidents sont moins prononcés.

M. KRISHABER.

Se i reni siano o no dei semplici filtri ? (Les reins sont-ils oui ou non de simples filtres ?) par le prof. Gaetano PRIMAVERA. (*Il Morgagni, de Naples*, 1872, *p.* 739.)

Cet article est le *préambule* emprunté à la troisième édition du traité des urines de Primavera, actuellement sous presse.

L'auteur, après de nombreuses recherches, croit pouvoir affirmer que les reins ne sont pas de simples fibres et qu'ils sont doués d'une activité élaboratrice propre. Cette activité élaboratrice des reins serait surtout vraie pour ce qui regarde l'*urée*, qui est le principe chimique le plus important de l'urine.

Déjà dans les deux premières éditions de son traité des urines, il avait exposé les raisons qui lui faisaient penser que l'*urée*, *l'acide urique* et probablement aussi l'*urophéine* et l'*uroérythrine* se produisaient dans les reins.

Ces raisons, que l'auteur expose de nouveau, sont tirées surtout d'analyses chimiques, de considérations d'anatomie et de physiologie normale et pathologique et aussi d'expériences sur les animaux. — Mais aucun fait clinique, appuyé d'analyses chimique et microscopiques exactes, paraît-il, ne lui avait permis jusqu'alors d'affirmer d'une façon péremptoire que l'*urée* se formait dans les reins.

En juin 1871 il fut vivement frappé par la différence qu'il trouva entre les urines saines et les urines morbides, au point de vue de la

cristallisation du nitrate d'urée obtenu par une méthode qui est propre à l'auteur.

Cette méthode dont le but est de doser cliniquement l'urée d'une urine quelconque est la suivante : On prend une petite quantité d'urine que l'on désalbumine, si elle est albumineuse, on la réduit au quart à un feu lent, on ajoute à chaud une quantité égale à ce quart d'acide nitrique très-pur, puis l'on fait flotter la capsule, contenant le mélange, dans un seau d'eau fraîche, pendant quelques minutes. De l'existence ou de l'absence d'un gâteau plus ou moins régulier et plus ou moins solide, formé par les cristaux de nitrate d'urée, on déduit les diverses proportions cliniques de ce principe.

Or, dit l'auteur, toutes les fois que l'on traite de cette manière de l'*urine normale,* on obtient une cristallisation en *tablettes;* ces tablettes vues au microscope sont très-caractéristiques.

Ce résultat avait été constant après de nombreux essais faits sur des urines normales, constamment sur ses propres urines. Un jour il soumit au même examen des *urines morbides* (provenant d'un individu atteint de néphrite diffuse chronique très-avancée), et il fut tout étonné de trouver une cristallisation qui n'était plus caractéristique. Dès ce moment il répéta l'essai sur d'autres urines morbides en prenant toutes les précautions voulues pour les débarrasser de toute impureté et en variant le procédé. Le résultat fut toujours le même; il a fait plus de 300 observations, et dans les résultats qu'il consigne, on voit que le nitrate d'urée des urines morbides au lieu d'être cristallisé en tablettes comme cela se voit constamment dans les urines saines, donnent, au contraire, et à la place de ces cristaux (période atrophique de la néphrite) ou avec ces cristaux (dans des cas plus légers) des *flocons petits ou grands, — en pinceaux ou en balais.*

Ainsi pour juger de la gravité de la néphrite diffuse l'auteur se fonde plus sur la *qualité* que sur la *quantité* de l'urée.

Ce résultat pourrait-il être produit par une modification générale des tissus? Non, puisque dans toutes les maladies où les reins sont sains l'*inaltérabilité qualitative de l'urée* est un fait constant. Serait-il, au contraire, la conséquence d'une modification de cette activité élaboratrice que les reins exerceraient sur les matières premières azotées, de réduction, qui leur viennent du sang. Cela est ainsi, d'après l'auteur, qui invoque en faveur de cette opinion le fait constant de l'*altérabilité qualitative de l'urée* dans toutes les maladies avec altération plus ou moins prononcée des reins, d'autant mieux que cette altérabilité est en raison directe du dérangement fonctionnel de ces mêmes reins. A. BARÉTY.

Ueber die elecktrolytischen und katalytischen Heilwirkungen des galvanischen Stroms (Sur l'action électrolytique et catalytique du courant galvanique), par ZANCOPULOS. (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1er *oct.* 1872.)

Après avoir rappelé la théorie de la pile, l'auteur étudie l'action du courant galvanique sur les tissus et les liquides de l'organisme. Si, après avoir enlevé la peau et le tissu cellulaire, on plonge dans un muscle les deux pôles d'une forte pile, il s'y produit, comme dans une dissolution saline, des décompositions chimiques; les acides et l'oxygène se rendent au pôle positif, les alcalis et l'hydrogène au pôle négatif; il en résulte la formation d'eschares qui offrent aux deux pôles des caractères différents : au pôle positif, elle est petite, dure, d'un brun noirâtre; elle adhère fortement à l'aiguille; au pôle négatif, elle est plus étendue, molle, d'un blanc jaunâtre et un peu translucide; elle contient une grande quantité de bulles d'hydrogène; au microscope, on voit un grand nombre de bulles gazeuses entre les fibres musculaires; ces éléments sont pâles, leur striation a en partie disparu, ils contiennent des masses grumeleuses.

Pour ce qui est du sang, Bruns a montré, après Heidenreich, qu'il ne se présente de coagulation bien manifeste qu'au pôle positif, là où se rendent les acides; on ne voit au pôle négatif que de légers flocons fibrineux; c'est à tort que Dittel et Billroth ont contesté l'action coagulante du courant, car il suffit d'appliquer les électrodes sur la paroi externe d'un vaisseau pour qu'il se dépose de la fibrine sur la paroi interne, au niveau du pôle positif (Bruns).

On n'a trouvé jusqu'ici aucune modification appréciable dans la couche de tissu comprise entre les deux électrodes, si ce n'est dans les cas où leurs points d'application étaient très-rapprochés. Rien ne prouve qu'en pareil cas les molécules se déplacent d'un pôle à l'autre comme dans une dissolution saline, et c'est d'après des vues purement théoriques que Rémack explique par ce mécanisme l'action du galvanisme sur la résorption des exsudats; on ne peut pas à cet égard distinguer les effets produits par l'action électrolytique du courant de ceux qui sont dus à son action catalytique, c'est-à-dire, ici, à la perturbation qu'il provoque dans les fonctions des éléments organiques.

Sous l'influence du courant, on voit, comme l'a montré Rollet, les phénomènes de la vie acquérir dans les cellules une énergie inaccoutumée; les mouvements dont elles sont le siége deviennent plus rapides; elles se déplacent et se contractent avec énergie; si les courants très-forts semblent les tuer, les courants faibles au contraire peuvent y provoquer des mouvements alors que leur vitalité semblait près de s'éteindre : on comprend dès lors comment

les courants continus facilitent la résorption des produits inflammatoires.

Le courant peut encore agir sur la nutrition, par l'intermédiaire de la circulation. En faisant contracter les petits vaisseaux, il accroît leurs mouvements péristaltiques, il peut même y provoquer un état de contraction tétanique qui fait place bientôt à une dilatation momentanée ; on peut donc l'employer utilement pour combattre la stase vasculaire.

Enfin, l'excitation des nerfs ou de leurs extrémités est un facteur qu'il ne faut pas négliger. Chvostek dit avoir amené, par la galvanisation de certains troncs nerveux, la disparition d'exsudats qui siégeaient plus bas, dans la sphère de distribution de leurs filets terminaux. De même Bénédickt dit avoir provoqué la résorption de volumineuses nodosités arthritiques en galvanisant les plexus nerveux et le sympathique ?

Ainsi l'action catalytique du courant s'exerce par l'excitation, 1° des éléments cellulaires ; 2° des vaisseaux ; 3° des troncs nerveux et de leurs extrémités ; l'action électrolytique (décomposition chimique des tissus compris entre les électrodes) n'a qu'une importance secondaire quand les téguments sont intacts et que les points d'application des pôles sont suffisamment éloignés l'un de l'autre ; elle devient au contraire prédominante quand on introduit les électrodes dans l'intimité des tissus morbides : elle y détermine la formation d'eschares et de coagula et peut avoir ainsi une action curative.

L'auteur énumère les affections dans lesquelles on a obtenu des résultats favorables soit par l'action électrolytique, soit par l'action catalytique du courant (arthropathies, névrites, tumeurs, exsudats inflammatoires, etc). Nous regrettons que, dans la statistique par laquelle il termine son travail, il ait introduit des données qui ne nous paraissent pas sérieuses. Comment admettre, par exemple, qu'un spécialiste ait pu guérir quatorze carcinomes sur dix-huit qu'il a traités par la galvanisation ?

H. HALLOPEAU.

Laryngoskopie an Thieren, von docteur Georg SCHMIDT, de St-Pétersbourg. *(Berlin. klin., Wochens.* 1873, *n°* 3, *p.* 32.)

L'auteur a étudié, chez une chatte, au moyen du laryngoscope, les effets de la section d'un nerf récurrent. Pour arriver à son but, il n'a pas employé la narcotisation ; mais il réserve, pour une publication ultérieure, la description de son procédé qui lui a été inspiré par le professeur Vierordt, dans l'Institut duquel il travaille.

La section du récurrent droit a été pratiquée, sans perte de

sang, au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. Voici les résultats de l'examen laryngoscopique :

Pendant la respiration et la phonation, la corde vocale et le cartilage aryténoïde du côté droit restent immobiles, dans une situation intermédiaire à celle de la respiration et de l'intonation. Le sommet du cartilage aryténoïde est tourné en dehors, et la corde vocale paralysée forme avec ce cartilage un angle beaucoup plus obtus que du côté sain. Pendant la respiration, la corde vocale droite se rapproche davantage de la ligne médiane, elle paraît plus courte, et le cartilage aryténoïde correspondant est projeté en avant plus que le gauche : ce raccourcissement de la corde vocale tient à ce que le muscle crico-aryténoïdien postérieur droit étant paralysé, il n'attire plus en arrière le cartilage aryténoïde sur lequel il s'insère. Pendant la phonation, la corde vocale saine dépassant la ligne médiane se rapproche de la corde paralysée, mais la fente de la glotte, bien que très-étroite, ne devient pas linéaire, comme dans l'état normal : en arrière, elle est un peu plus large. Les cartilages aryténoïdes se touchent complétement. On peut aussi suivre les oscillations de la corde vocale intacte pendant que l'animal file son rouet.

Après la section du récurrent, la voix est un peu enrouée, moins nette et plus faible, mais dès le lendemain elle avait repris ses caractères normaux. J. B.

TRAVAUX A CONSULTER.

Die Eigenelectricität des menschlichen Körpers (De l'électricité propre du corps humain, par le Dr Hermann KLEMM, de Leipzig). (*Deutsche Klinik, nos 46 et 48, 1872.*)

L'auteur s'applique à rechercher si l'électricité du corps humain présente des phénomènes particuliers sous l'influence du frottement, et si cette variété d'électricité par frottement est ou n'est pas sous la dépendance des fonctions organiques. Les expériences démontrent que le frottement n'ajoute rien à la puissance électrique du corps humain, et que celle-ci est tout entière sous la dépendance des fonctions organiques.

Entre autres résultats, Klemm a trouvé que les extrémités sont moins électriques que le tronc. Les principales influences modificatrices de cet état électrique sont : 1° l'état hygrométrique de l'air qui fait perdre de l'électricité ainsi que l'air confiné ; 2° la température qui agit en desséchant l'atmosphère est favorable à la production de l'électricité ; mais, d'un autre côté, le corps est moins électrique en été qu'en hiver, à cause de l'état hygrométrique.

Les expériences citées par l'auteur ont porté sur différentes parties du corps vivant, sur les vêtements et enfin sur le cadavre où les résultats,

comme on devait s'y attendre, ont été négatifs. — Les principaux résultats obtenus ont déjà été signalés par M. le docteur Onimus à la Société de biologie de Paris, et ont été attribués par lui aux phénomènes chimiques de l'organisme; tandis que pour Klemm, il y aurait là une action vitale particulière, et il affirme que l'augmentation de l'activité musculaire ne modifie en rien l'état électrique de l'organe examiné. Les maladies influent également sur l'électricité du corps humain, et l'on trouve notamment, dans la scarlatine, une quantité considérable d'électricité sur la peau; aussi l'auteur émet-il l'espoir de voir les recherches électroscopiques appliquées à la physiologie et à la pathologie.

TH. KLEIN.

On the diurnal variations of the temperature of the body, par G. CASEY. (*Lancet, 8 février,* 1873.)

L'auteur a pratiqué des expériences sur lui-même pendant huit jours. Elles s'accordent, d'après lui, avec les recherches faites sur ce sujet par les docteurs Davy et Ogle. La plus haute température a été observée à trois heures de l'après-midi, une heure après le dîner; la plus basse à une heure et demie après minuit. Il y avait entre ces deux extrêmes une différence de 1°65 *Fahrenheit.* C'était après chaque repas que la température s'élevait le plus.

A. G.

Ueber Reflexbewegungen des Uterus (Des contractions réflexes de l'utérus), par W. SCHLESINGER. (*Striker's medicin. Jahrbüch.*, 1873, *page* 1-18.)

Pour étudier ces mouvements, les lapines sont préférables aux femelles du chien ou du chat, dont l'utérus est torpide et agit mal; le mieux est de choisir de jeunes lapines adultes, mais n'ayant pas encore conçu. Sur ces animaux, on constate facilement que l'excitation électrique du bout central d'un nerf sensitif provoque, au bout de 5 à 15 secondes, d'énergiques contractions utérines. L'excitation électrique du mamelon produit les mêmes effets, quoique moins prononcés; peut-être peut-on se rendre compte ainsi de ce fait bien établi, à savoir que l'utérus revient bien plus rapidement sur lui-même chez les nouvelles accouchées qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas.

La section de la moelle entre l'atlas et l'occipital *supprime* complétement ces mouvements reflexes de l'utérus (on sait, depuis Marshall-Hall, que la section de la moelle exagère, au contraire, la plupart des autres réflexes). Il en faut donc conclure que le centre de ces mouvements reflexes siége, non plus dans la moelle épinière, mais dans l'encéphale même. Les nerfs centrifuges qui amènent l'excitation reflexe à l'utérus font partie du plexus nerveux qui enveloppe l'aorte descendante; néanmoins, la section de ce plexus ne supprime pas totalement les contractions réflexes de l'utérus; la conduction continue donc à se faire, quoique successivement, par d'autres voies.

STRAUS.

Nouvelles expériences sur les combustions respiratoires; oxydation du sucre dans le système artériel, par MM. ESTOR et C. SAINT-PIERRE. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 6 *janvier* 1873.)

L'expérience fondamentale de MM. Estor et C. Saint-Pierre est la suivante : « Nous introduisons dans la veine fémorale d'un chien une solution de glucose, et nous prenons aussitôt du sang à l'artère fémorale du côté opposé. Nous recherchons dans ce sang et le glucose et l'oxygène... Nous avons vu le glucose disparaître très-rapidement, et la quantité d'oxygène diminuer même jusqu'à zéro, par la présence du glucose, pour se relever après la combustion totale de ce produit. »

Les auteurs regardent ces expériences comme démonstratives *des combustions artérielles*, dont ils cherchent depuis plusieurs années à prouver la réalité. Par des recherches préalables, ils ont soin de constater que l'eau de la solution de glucose n'intervient pas dans le phénomène, et que l'injection du sucre dans les vaisseaux ne modifie pas les phénomènes respiratoires quant à la quantité d'air inspiré et expiré. M. D.

Détermination quantitative de l'oxyde de carbone combiné avec l'hémoglobuline, mode d'élimination de l'oxyde de carbone), par M. N. GRÉHANT. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 27 *janvier* 1873.)

Pour déterminer la quantité d'oxyde de carbone qui est combinée avec l'hémoglobuline dans un cas d'empoisonnement partiel ou complet, M. Gréhant a employé un procédé qui consiste à évaluer le *plus grand volume d'oxygène* que le sang puisse absorber. Cette évaluation est faite sur une première prise de sang, l'animal étant à l'état normal, puis sur une seconde prise de sang faite à l'animal après respiration d'oxyde de carbone. Le second nombre est évidemment toujours plus petit que le premier, et la différence fait aussitôt connaître quel est le volume d'oxyde de carbone qui est combiné avec l'hémoglobuline, puisque Cl. Bernard a démontré que, dans cette combinaison, un volume d'oxyde de carbone remplace un volume d'oxygène.

Quant à l'élimination de l'oxyde de carbone, M. Gréhant est arrivé à des résultats différents de ceux qu'avaient donnés MM. Cheneau et Pokrowski, qui admettent que l'oxyde de carbone, combiné d'abord avec l'hémoglobuline, est brûlé dans l'organisme et converti en acide carbonique, éliminé par les poumons. A l'aide d'un appareil très-exact, il analyse le gaz de l'expiration d'un animal qui a absorbé de l'oxyde de carbone : ce gaz passe d'abord sur de la pierre ponce imbibée de potasse, qui lui enlève entièrement son acide carbonique, ainsi que le montre un tube témoin à eau de baryte ; il passe alors dans un tube de verre rempli d'oxyde de cuivre et chauffé au rouge sur la grille à analyse ; le gaz, en arrivant dans un barboteur à eau de baryte placé à la suite de l'oxyde de cuivre, y produit un précipité abondant de carbonate de baryte. L'oxyde de carbone a été éliminé en nature par le poumon, et c'est en traversant l'oxyde de cuivre qu'il s'est transformé en acide carbonique. On ne saurait donc placer l'oxyde de carbone à côté des substances qui peuvent brûler

dans l'organisme, et, au point de vue pratique, on ne saurait trop insister sur l'utilité de la respiration artificielle dans les cas graves d'asphyxie par la vapeur de charbon. M. D.

Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie. 8e note de M. Paul BERT. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 17 *février* 1873.)

M. Paul Bert insiste sur le fait singulier de *l'action toxique qu'exerce l'oxygène de l'air suffisamment comprimé :* l'animal meurt dans des *accidents convulsifs* qui débutent, comme l'ont montré des analyses du sang, lorsque ce liquide, au lieu de 18 à 20 centimètres cubes d'oygène pour 100, arrive, grâce à la pression, à en contenir de 28 à 30. La mort arrive vers 35 centimètres cubes. Ainsi la dose toxique, mortelle, de l'oxygène dans le sang, est moins de deux fois plus considérable que la dose normale. La nature des symptômes (crises de roideur avec convulsions cloniques) semble indiquer que l'action toxique produit son effet sur les centres nerveux comme le font la strychnine, l'acide phénique, et les autres poisons convulsivants : les inhalations du chloroforme arrêtent momentanément les convulsions; la section du sciatique empêche les convulsions dans le membre correspondant. Chose remarquable, ces accidents s'accompagnent d'une diminution considérable et constante de la température interne. Il semblerait donc que l'oxygénation exagérée, loin d'être l'occasion d'une combustion plus énergique, diminuerait le travail comburant intra-organique. Enfin les accidents convulsifs continuent alors que le sang, par sa respiration à l'air libre, ne contient plus que la quantité normale d'oxygène; cependant il n'est pas probable qu'il se soit formé dans le sang une matière toxique capable d'altérer les fonctions des éléments anatomiques nerveux, car l'injection d'une forte quantité du sang d'un chien en pleines convulsions dans les veines d'un autre chien n'a produit chez ce dernier aucun accident toxique. Les globules sanguins n'ont du reste présenté rien de particulier dans leurs formes ou leurs dimensions. M. D.

Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie. 9e note de M. Paul BERT. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 3 *mars* 1873.)

Reprenant dans une neuvième note l'étude des accidents produits par la décompression (V. 6e note, *Comptes rendus*, 19 août 1872), M. Paul Bert précise, selon les espèces animales, le degré de compression après lequel la décompression brusque devient mortelle. Ces variations, très-considérables d'une espèce à l'autre, se présentent du reste chez l'homme, et c'est ainsi qu'on voit des plongeurs qui sont paralysés ou tués par des décompressions qui n'incommodent pas sérieusement les autres : certains succombent un jour à des décompressions qu'ils avaient déjà impunément subies. Il suffit que les bulles de gaz (azote libre) se collectent d'une façon particulière, sous l'influence de circonstances secondaires, pour que les accidents surviennent.

La meilleure manière de prévenir ces accidents consiste à procéder à une décompression lente et mesurée. Lorsqu'on arrive à 9 ou 10 atmosphères, il faut, pour mettre l'animal à l'abri de tout danger, que la décompression marche avec une lenteur d'au moins 12 minutes par atmosphère.

Si l'on n'a pu éviter les accidents, si la mort devient imminente, on peut essayer de recomprimer l'animal, afin de redissoudre les gaz devenus libres. M. Paul Bert n'a pu pousser dans ce sens ses recherches aussi loin qu'il l'aurait voulu, son appareil ayant fait explosion dans une de ses expériences. Il a alors dirigé ses recherches dans un autre sens : mort arrivant, parce que les bulles d'azote s'emmagasinent dans le cœur droit et dans les artères pulmonaires, et restent là, sans se dissoudre, parce que le sang est saturé d'azote, sans se diffuser, parce que l'air des alvéoles contient 4/5 d'azote; il a pensé à faire respirer à l'animal un gaz ne contenant pas d'azote, de l'oxygène à peu près pur, par exemple. Et, en effet, dans ces conditions, il a vu chez des chiens déjà paralysés, dont la jugulaire, mise à nu, se montrait gonflée par le gaz, diminuer les bulles gazeuses très-rapidement de volume, puis disparaître; l'animal retrouve une respiration régulière et échappe à une mort imminente.

Il se sent donc autorisé à recommander aux ingénieurs, dont les plongeurs et les ouvriers sont exposés aux accidents signalés, d'employer l'oxygène et de faire respirer ce gaz à leurs hommes, après la décompression, dès qu'un certain malaise pourra faire craindre quelque chose de plus grave; peut-être même les chirurgiens pourraient-ils utiliser cette méthode de traitement contre les accidents dus à l'introduction de l'air dans les veines. M. D.

Contribution à la physiologie des nerfs vagues, par ARLOING et TRIPIER. (*Arch. de physiologie, nos* 4, 5 *et* 6 (1872) *et* 2 (1873).

Ce travail a déjà été mentionné dans ce journal, mais il n'était pas alors terminé. Il importe d'y revenir.

Voici les conclusions formulées par MM. Arloing et Tripier :

a.— La section de la moelle en arrière du bulbe rachidien diminue considérablement l'excitabilité du pneumogastrique.

b.— Il existe une différence notable entre les deux vagues, principalement au point de vue fonctionnel : le droit agit plus énergiquement sur le cœur que le gauche.

d.— L'arrêt du cœur est plus complet, lorsque la galvanisation ne porte que sur le bout périphérique du vague, au lieu d'agir sur les nerfs intacts.

e. — La galvanisation du bout périphérique arrête le cœur en diastole, tandis que la galvanisation du bout central tend à l'arrêter en systole. D'où il résulte que l'action du pneumogastrique sur le cœur est une action spéciale modératrice.

f.— Les mouvements du cœur qui se produisent pendant la galvanisation des vagues sont plus faibles qu'avant l'excitation; malgré cet affaiblissement, le pouls prend plus de développement, parce que la tension est plus faible dans le système artériel.

g.— L'excitation des vagues par un courant faible n'a pas produit, dans les expériences des auteurs, l'accélération des mouvements respiratoires. (Rosenthal, P. Bert.)

Sous le rapport de l'arrêt en inspiration ou en expiration, les conclusions de ce travail se rapprocheraient plus de celles de Bert que de celles de Rosenthal.

h.—La galvanisation du bout périphérique se fait sentir sur les mouvements respiratoires, probablement parce que les vagues envoient vers la périphérie des fibres récurrentes.

i. — La section d'un vague est accompagnée d'un affaiblissement des mouvements thoraciques de la paroi correspondante.

j.— Enfin, il ne nous a pas paru que l'un des vagues fut plus particulièrement préposé à la digestion.

Nous devons rapprocher de ces conclusions celles d'un travail de M. Masoin, publié un peu avant celui-ci et intitulé :

Contribution à la physiologie des nerfs pneumogastriques. Différence entre le pneumogastrique droit et le pneumogastrique gauche, pour leur action suspensive sur le cœur. (Extrait du *Bulletin* de l'Académie royale de Belgique, t. VI, 3e série, n° 4.)

M. Masoin établit :

1° « Que les deux nerfs vagues, ou plutôt les nerfs accessoires de Willis, ne se comportent pas d'une manière identique vis-à-vis du cœur. Pour ralentir et suspendre le fonctionnement de cet organe, le nerf droit possède une puissance de beaucoup supérieure à celle du nerf gauche. »

2° « Que la coërcition du cœur, émanée de myélencéphale, s'opère en masse, sans qu'il y ait pour le pneumogastrique gauche ou pour le pneumogastrique droit une sphère d'action exclusive. »

L'indépendance des recherches de M. Masoin et de celles de MM. Arloing et Tripier ne leur donne qu'une plus grande importance.

A. JOFFROY.

Invloed van sommige stoffen op de reflexprikkelbarkeid van het ruggemerg (Influence de certaines substances sur l'activité réflexe de la moelle), par S. MEIZHUISEN. (*Thèse inaugurale de Groningue; Centralbl.*, 1873, *n°* 6.)

Ces expériences furent instituées sur des grenouilles dont la moelle était préalablement séparée du cerveau. Les substances toxiques ou médicamenteuses étaient injectées à l'aide de la seringue de Pravaz sous la peau du dos. Pour juger de l'augmentation ou de la diminution de l'excitabilité de la moelle, on notait le temps que l'animal mettait à retirer ses membres postérieurs quand on les plongeait dans une solution très-étendue d'acide sulfurique. Voici les principaux résultats obtenus par cette méthode :

Le bromure de potassium, à la dose de 5 à 10 milligrammes, diminue l'activité réflexe de la moelle ; à dose plus forte (20 milligrammes), il tue l'animal. Même résultat pour le chlorure de potassium. Le bromure de sodium, injecté à la dose de 60 milligrammes, ne détermine aucun effet sensible.

L'acétate de zinc abaisse énergiquement l'action réflexe de la moelle. Une dose de 10 à 20 milligrammes est déjà mortelle. Le chloral agit pa-

reillement en diminuant l'activité médullaire ; l'auteur n'a jamais constaté une exaltation de cette activité, qui, selon Rajewsky, précèderait la dépression. La strychnine produit une exagération de l'action réflexe sous l'influence des excitations mécaniques de la peau, mais point à la suite d'excitations chimiques de cette membrane. La théine et la caféine, à la dose de 5 à 10 milligrammes, diminuent l'excitabilité ; néanmoins, chez quelques animaux, l'excitabilité paraissait plutôt augmentée. A plus forte dose, on produit l'épisthotonos et le tétanos. La morphine produit d'abord un abaissement, suivi, au bout de quelques heures, d'une exaltation du pouvoir réflexe de la moelle.

Pour démontrer que ces substances agissent sur les centres nerveux et non sur leurs expansions périphériques, l'auteur a eu recours à l'artifice ingénieux de C. Bernard, qui consiste à lier tout l'arrière-train d'une grenouille, sauf les nerfs sciatiques ; la circulation est interrompue dans la portion du corps sise en aval de la ligature, et le poison ne peut donc pas agir sur les nerfs correspondants. Or, l'accélération ou le retard de l'action réflexe, due à l'empoisonnement, se produisait d'une façon identique, avant comme après la ligature ; le poison agit donc bien sur la moelle et non sur les nerfs périphériques. STRAUS.

Structure et usage de la rétine, par Mathias DUVAL. (*Thèse d'agrégation en anat. Paris*, 1872.)

Ce travail, qui est l'exposé complet des notions actuellement connues sur la structure et les fonctions de la rétine, échappe à peu près complétement à l'analyse.

Un certain nombre de faits nouveaux communiqués à l'auteur par le professeur Rouget seront seulement résumés ici.

La question de la vue droite avec les images renversées a préoccupé de tout temps les physiologistes. C'est ainsi que Descartes admettait que nous rapportons la position des objets à la direction suivant laquelle ils envoient des rayons lumineux. Nous transporterions l'impression reçue à la direction normale à la surface de la rétine. De leur côté les métaphysiciens font de ce phénomène un acte cérébral, le redressement étant un acte de perception. — M. Rouget fait observer que l'image subjective des phosphènes diamétralement opposée à celle de la région de la rétine excitée démontre que les impressions communiquées aux extrémités des nerfs rétiniens par l'intermédiaire des bâtonnets sont reportées au dehors de l'œil dans la direction des axes prolongés de ces bâtonnets. Ceux-ci s'entre-croisent au centre de courbure de la rétine, puisque les bâtonnets sont normaux à cette courbure. Après leur entrecroisement ils ont en dehors de l'œil, dans le lieu où se produit l'image subjective, une direction inverse à celle des bâtonnets eux-mêmes. Cette inversion se produit également quand, au lieu d'un corps solide agissant par pression comme le doigt, c'est une image renversée qui fait vibrer après réflexion les bâtonnets dans la direction de leur axe. De cette façon le renversement optique est annulé et l'image est redressée par le mécanisme physiologique des sensations reportées à distance du point excité.

Nous bornerons à l'exposé de cette théorie séduisante l'analyse de la thèse de M. Mathias Duval, en indiquant son travail comme un renseignement bibliographique important. J. RENAUT.

Zur Kälteanesthesie (De l'anasthésie déterminée par le froid), par HORVATH. (*Centralbl.*, 1873, *n°* 14.)

On sait que si l'on plonge la main dans de l'eau à 0° ou au-dessous, on éprouve une sensation désagréable et qui ne tarde pas à devenir intolérable ; il en est de même du mercure gelé. L'auteur a constaté que si l'on introduit la main dans l'alcool à 0° ou à — 5°, la sensibilité tactile est conservée, mais la sensibilité à la douleur et celle à la température sont presque totalement abolies. Les mêmes effets, mais moins marqués, sont obtenus avec la glycérine à basse température. Horvath pense que l'alcool à 0° est un meilleur anesthésique local que le froid produit par l'évaporation de l'éther, etc., et il en conseille l'emploi dans les affections douloureuses de la peau (brûlures) et dans les opérations chirurgicales.

STRAUS.

Beobachtungen und Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren (Observations et expériences sur les états hypnotiques chez les animaux), par CZERMAK. (*Pflüger's Archiv*, 1873, *pages* 107-122.)

Ueber eine Wirkung der Angst bei Thieren, par W. PREYER. (*Centrabl*, *n°* 12, 1873.)

I.— Czermak a repris la vieille question des états hypnotiques chez les animaux, qui remonte, comme on sait au P. Kircher. Dans son fameux traité *Ars magna lucis et umbræ* (Rome 1646), sous le titre : *Experimentum mirabile de imaginatione gallinæ*, Kircher rapporte au long l'expérience qui consiste à lier une poule et à lui enlever ses liens une fois qu'elle s'est calmée ; malgré cela, si l'on a la précaution de tracer une ligne blanche devant ses yeux sur le parquet, on la voit demeurer immobile, comme si, dit le P. Kircher, la ligne blanche qu'elle aperçoit lui paraissait être le lien qui l'attachait.

Czermak a reproduit cette expérience un peu naïve; il a constaté qu'il n'est pas nécessaire de lier préalablement la poule; il suffit de la maintenir avec les mains pendant quelque temps, puis de l'abandonner graduellement. Il n'est point nécessaire non plus de tracer la ligne blanche de Kircher; un objet brillant placé devant les yeux donne les mêmes résultats. Souvent même une simple position forcée imprimée pendant un certain temps à l'animal, telle que l'extension de la tête sur le cou, suffit pour déterminer le phénomène. Celui-ci consiste en un état que Czermak n'hésite point à considérer comme un véritable hypnotisme. L'animal, quoique parfaitement libre, n'essaye aucunement de s'échapper; il conserve exactement la position qu'on lui a donnée, quelque forcée qu'elle soit; souvent même il garde celle qu'on lui imprime, présentant ainsi une analogie complète avec la catalepsie ; les yeux sont tantôt grands ouverts, le plus souvent à demi-clos, quelquefois énergiquement

fermés. Cet état dure d'une à cinq minutes, quelquefois davantage; il est plus facile à produire chez tel animal que chez tel autre, et chez le même animal, à un moment plutôt qu'à un autre. Czermak l'a provoqué non-seulement sur la poule, mais sur le cygne, le dindon, l'oie, le canard, le moineau, le canari, etc.

II. — Preyer aussi a depuis longtemps répété l'*experimentum mirabile* de Kircher, et il en donne une interprétation qui se rapproche de celle du savant jésuite. Il attribue le phénomène observé non à de l'hypnotisme, car les animaux ne dormiraient pas réellement; tout ce qu'on peut observer, c'est qu'ils ferment les yeux : ce serait chez eux le simple résultat de la crainte; l'animal effrayé reste calme, parce qu'il craint les conséquences de la lutte et qu'il en a déjà éprouvé l'inutilité. Comme dans l'expérience de Kircher et dans celle de Czermak, on ne l'abandonne que graduellement et insensiblement; il reste calme parce qu'en réalité il se croit encore maintenu. Mais la moindre impression brusque réveille son attention et fait cesser le charme. Preyer a pu provoquer ces phénomènes non-seulement chez les oiseaux, mais chez le lapin, le cobaye, la grenouille. On ne réussit pas chez le chien, qui est trop intelligent pour éprouver une semblable illusion. STRAUS.

On the production of articulate sound (speech) (De la production du son articulé (parole), par M. J. OAKLEY COLES. (*Transactions of the odontological society of Great Bretain, 1871, new serie, vol. IV, p.* 110.)

Ce travail de physiologie expérimentale est destiné à déterminer quels sont les points de rencontre des diverses parties de la bouche et des lèvres dans la production de la parole articulée, c'est-à-dire le mécanisme de la formation des sons. L'auteur a expérimenté sur lui-même, et afin d'arriver à établir rigoureusement ces rapports, il a employé un procédé fort ingénieux, qui consiste à enduire d'un mélange de gomme et de farine le plan supérieur de la cavité buccale, c'est-à-dire la voûte palatine, le voile et l'arcade dentaire, ainsi que la lèvre correspondante. Prononçant alors successivement les lettres de l'alphabet, en renouvelant l'expérience à chacune d'elles, il a pu reconnaître les points exacts de rencontre de la langue, de l'arcade dentaire et de la lèvre inférieure avec les points enduits de la mixtion. Vingt-quatre planches jointes au mémoire donnent ainsi la répartition exacte de ces rapports dans la prononciation des différentes lettres. L'auteur arrive de la sorte à désigner expérimentalement le caractère des voyelles et des consonnes. Exemples : l'A, que les Anglais, ainsi qu'on sait, prononcent E, est une voyelle linguo-dentale; le B, une consonne linguo-palato-labiale explosive; le C et le D, consonnes linguo-dentales; l'L et l'M, linguo-palato-nasales, et ainsi des autres.

Pour arriver à la détermination expérimentale des sons nasaux, l'auteur a ajouté à son procédé un moyen qui lui a été suggéré par le professeur Czermak, de Leipzig, et qui consiste à placer sous les narines, au moment de la prononciation de ces sons spéciaux, une lame métal-

lique d'un poli parfait et d'éviter ainsi le cas où la surface se ternit. Ces expériences sont présentées avec une précision rigoureuse et ont une grande valeur physiologique. E. MAGITOT.

Der Uebergang von Nahrungsfett in die Zellen des Thier körpers (De l'administration de la graisse par les cellules de l'économie animale), par Franz HOFFMANN, de Munich. *(Zeitschrift für Biologie, B. VIII, 2e partie, 1872.)*

L'auteur a d'abord vérifié, à l'aide d'un grand nombre d'expériences, les faits annoncés récemment par Radziejewsky (*Virchow's Arch.*, 1872, t. LVI). Il admet avec lui les propositions suivantes :

L'organisme ne retient pas en dépôt la moindre trace des graisses dont les analogues ne se trouvent pas normalement dans la composition des tissus. Quelles que soient les qualités de ces graisses introduites dans le tube digestif des animaux, et quel que soit le temps pendant lequel on prolonge le régime, on obtient toujours un résultat négatif.

Il en est tout autrement pour les graisses qui existent normalement dans le corps. Dans ce genre d'expérimentation, l'accumulation de ces dernières graisses se fait dans des proportions déterminées, qui ne sont en relation directe ni avec les quantités ingérées, ni avec les quantités utilisées par le travail.

Mais Hoffmann, contrairement à Radziejewsky pense que la graisse de l'organisme n'est pas seulement le résultat de la décomposition de l'albumine. Il invoque également une introduction directe de la graisse par le fait même de la nutrition. L'engraissement des cellules exige, d'après lui, l'ingestion d'une quantité assez grande de corps gras. Les principes gras se fixent tout d'abord dans les cellules qui se trouvent le plus à proximité du tube digestif. Toutefois, la manière dont se fait le dépôt graisseux dans les cellules adipeuses ou dans celles du foie n'est pas nettement expliquée par l'auteur.

Voici les expériences sur lesquelles il est d'accord avec Radziejewsky :

a. — Un chien est nourri avec de la viande dégraissée le plus exactement possible et avec des savons composés d'huile de colza et d'acide palmitique. On trouve de très-petites quantités de savon dans les matières fécales. Cette expérience prouve que les savons de soude sont presque complétement résorbés.

b. — Un chien qu'on a fait maigrir préalablement en le nourrissant exclusivement avec de la viande dégraissée, reçoit ensuite tous les jours une certaine quantité d'huile de colza dont un des principes, l'acide érucique, ne se rencontre pas normalement dans l'économie. L'animal engraisse assez rapidement. A l'autopsie on ne trouve pas d'acide érucique dans les tissus.

c. — Un animal, nourri pendant un certain temps avec du savon de colza et tué ensuite, présente une très-grande quantité de gouttelettes graisseuses dans les muscles dont la striation est presque devenue méconnaissable ; on constate la présence d'un acide gras que l'on peut considérer comme de l'acide érucique, sans que son existence soit positivement prouvée. H. KRISHALER.

Some Researches on infant digestion (Quelques recherches sur la digestion dans l'enfance), par P. SONSINO. (*Florence, the Practitioner, janvier* 1873.)

Déjà précédemment l'auteur a rapporté quelques recherches physiologiques qui l'avaient conduit à admettre une véritable dyspepsie physiologique produite par l'alimentation féculente dans la première enfance. Depuis cette époque, par de nouvelles recherches, il a voulu se rendre compte du moment où ces accidents cessent de se produire. Dans ce but il a recherché l'amidon dans les fèces, et par l'iode et par le microscope. Le nombre des expériences est encore très-petit ; mais Sonsino donne ses résultats dans l'espoir d'engager à renouveler souvent ces recherches intéressantes au point de vue de l'hygiène de l'enfance. L'auteur rapporte dix cas qu'il résume dans le tableau suivant :

AGE.	NOMBRE DE CAS.	RÉSULTATS.
3 à 5 mois.....	4	Amidon dans les fèces.
10 mois.....	1	Présence douteuse.
12 à 16 mois.....	3	Absence.
3 ans.....	1	Grande quantité d'amidon.
5 ans.....	1	Petite quantité.

H. CH.

De l'état du foie chez les femelles en lactation, par L. de SINÉTY. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences,* 23 *déc.* 1872, *et Thèse de Paris,* 1873.)

Pour résoudre cette question, l'auteur a examiné un grand nombre de foies appartenant à des femelles de différentes espèces et dans des circonstances variées : vacuité, gestation, lactation ; engraissement, intoxications et maladies. Il a montré que la graisse s'amasse ou se produit dans le foie dès le début de la sécrétion lactée pour disparaître lors de la cessation de cette fonction, et que cette graisse s'accumule seulement dans les cellules du centre du lobule comme Ranvier le disait à la Société de biologie en 1872. L'on sait que dans la stéatose hépatique d'origine morbide, toxique ou alimentaire, ce sont, au contraire, les cellules périphériques qui sont les premières engraissées.

Tous ceux qu'intéresse l'étude de l'origine, du rôle et de la fin des matières grasses dans l'économie, trouveront dans le travail de de Sinéty quelques indications utiles. Cet observateur espère démontrer bientôt que « la glycogène et la graisse peuvent se transformer l'une en l'autre. »

L. H. F.

Étude sur les sécrétions biliaires et pancréatiques chez les omnivores, par DEFRESNE. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences,* 23 *déc.* 1872.)

Cette note se borne à énoncer des conclusions dont la plus digne de remarque est la suivante : « La bile, par son alcalinité, joue un grand

rôle dans la digestion pancréatique, qui, sans cette alcalinité, serait abaissée d'un tiers. — *La bile émultionne les corps gras à l'aide d'un acide organique particulier* qui n'agit que lorsqu'il est libre, mais que tout acide peut mettre en liberté, condition toujours remplie dans toute la longueur de l'intestin grêle. M. D.

Ueber das Leberferment (Sur le ferment hépatique), par v. WITTICH. (*Pflüger's Archiv*, 1873, *Heft* 1, *pages* 28-33.)

Dans ces derniers temps, Tiegel a prétendu que le ferment qui transorme la matière glycogène du foie en sncre n'existe point dans le parenchyme hépatique proprement dit, mais provient du sang. V. Wittich, par des expériences très-précises, démontre l'inexactitude de cette assertion. Il fait passer à travers la veine porte et les vaisseaux d'un foie de veau un courant d'eau pendant quatre à six heures; il enlève ainsi même les plus minimes portions de liquide sanguin que cet organe pourrait renfermer. Un morceau du foie ainsi lavé est haché menu, traité par l'alcool, desséché ensuite, réduit en poudre est mélangé à la glycérine. Le liquide ainsi obtenu ne renferme que des traces de sucre; mais si on le fait agir sur de l'amidon, il en transforme une notable portion en sucre, comme le montre le réactif de Fehling. Le parenchyme hépatique, entièrement débarrassé de sang, possède donc la propriété de transformer l'amidon en sucre; le ferment hépatique existe donc dans les cellules hépatiques elles-mêmes et ne provient pas du sang qui traverse l'organe.

STRAUS.

Phénomènes produits par l'injection de l'air dans les artères et dans les veines, par LABORDE et MURON. (*Soc. de biologie, Gaz. médicale*, 1873, *n°* 11.)

De nombreuses expériences ont d'abord démontré une fois de plus que l'air injecté en quantité modérée peut traverser les capillaires. Mais le point le plus intéressant est la détermination du mécanisme de la mort après l'injection brusque d'une notable quantité d'air, soit dans les artères, soit dans les veines.

1° Injection d'air dans les artères.

A. On injecte instantanément 20 à 60 centimètres cubes d'air dans le bout périphérique de la carotide d'un gros chien : l'animal pousse quelques cris, se roidit et meurt; « c'est une véritable sidération. » — Autopsie : bulles d'air dans les artères et artérioles de l'encéphale, dans le cœur gauche et les artères coronaires; à peine quelques bulles dans les sinus crâniens, et pas du tout dans le cœur droit.

B. Dans les mêmes conditions, on injecte seulement de 5 à 15 centimètres cubes d'air. L'animal survit quelques heures, pousse d'abord des cris, devient roide, vomit; puis la paralysie généralisée apparaît plus marquée du côté de l'injection ; puis enfin, le coma et l'asphyxie terminale.

— Autopsie : ramollissement dans la protubérance, le bulbe ou les environs.

Dans les deux cas, l'animal meurt par le cerveau.

2° Injection d'air dans les veines.

A. L'injection lente permet d'introduire dans la jugulaire externe d'un gros chien jusqu'à 1,120 centimètres cubes d'air en une heure et demie, sans déterminer le moindre accident.

B. L'injection instantanée de 100 à 200 centimètres cubes d'air dans la même veine d'un chien pareil, tue l'animal en quelques instants par arrêt du cœur distendu. — Autopsie : le cœur droit et les troncs veineux voisins sont remplis de sang spumeux. « L'encéphale et le poumon ne présentent que des altérations accessoires. »

L'animal meurt par le cœur. L. H. F.

De la cause de la perte de connaissance dans la syncope, par BROWN SÉQUARD. (*Gazette médicale*, 21 *décembre* 1872. — *Société de Biologie*, 7 *octobre* 1871.)

La contraction des vaisseaux (toujours admise par l'auteur qui l'a constatée *de visu*) ne suffit pas pour expliquer la brusquerie de l'attaque, elle ne peut se comprendre que par une de ces actions d'*arrêt* qui sont aujourd'hui connues. A. J.

Beiträge zur Kenntniss der Befruchtung und Entwickelung des Kanincheneies (Contribution à l'étude de la fécondation et du développement de l'ovule du lapin), par le Dr Carl WEIL. (*Stricker's medic. Jahrbücher*, 1873, *page* 18-29.)

Vu la difficulté de se procurer des lapines vierges, l'auteur continua ses expériences sur des lapines qui venaient de mettre bas, ce qui ne les empêche pas, comme on sait, de supporter presque aussitôt après les approches du mâle. Il put ainsi observer l'œuf depuis son expulsion du follicule et sa pénétration dans la trompe, qui eut lieu environ dix à vingt-quatre heures après le coït, jusqu'à l'apparition de la tache embryonnaire, vers le sixième jour de la fécondation. Voici les faits nouveaux qu'il a pu constater :

Jusqu'ici on avait bien signalé la pénétration des spermatozoïdes dans la couche albumineuse qui enveloppe l'ovule et dans l'intérieur de l'ovule lui-même. Weil a pu, en outre, s'assurer que ces éléments conservaient leurs mouvements d'une façon très-active plusieurs heures après leur passage à travers la membrane vitelline. Jusqu'ici on n'avait constaté la présence des spermatozoïdes que dans l'*intervalle* qui sépare les cellules du vitellus, après la segmentation de celui-ci ; l'auteur les a retrouvés dans l'*intérieur* même du protoplasma des cellules vitellines. Ils ne tar-

dent pas cependant à perdre leurs contours et à disparaître, témoignant ainsi que l'acte de la fécondation consiste en une fusion intime du spermatozoïde avec les cellules qui dérivent de la segmentation du vitellus.

Pour ce qui est du fait de cette segmentation, l'auteur a eu la bonne fortune de la surprendre plusieurs fois tout à fait à son début; dans ce cas, le vitellus présente une forme en biscuit, en 8 de chiffre, tout à fait analogue aux dessins schématiques que l'on donne du mode de prolifération des cellules; quelquefois, au lieu de se séparer en deux, le vitellus se divisait en trois segments. STRAUS.

Ueber Menopause (De la Ménopause), par le Dr COHNSTEIN, de Berlin. (*Deutsche Klinik*, 1873, *n*° 5.)

L'auteur a consulté les statistiques pour étudier les circonstances qui influent sur l'apparition de la ménopause; il établit les conclusions suivantes :

1° La fonction menstruelle a lieu entre 10 et 44 ans; la plupart des femmes avaient leurs règles pendant une période de 28 à 34 ans; la durée moyenne est de 31 ans;

2° Chez 76 0/0, la ménopause s'établit peu à peu (dans l'espace de 1 mois à 2 ans); chez 24 0/0, elle arrive brusquement, principalement lorsque les conditions sanitaires ont été défavorables. Celles qui ont eu leur première couche vers l'âge de 36 à 46 ans ont cessé généralement d'être réglées après une évolution normale des phénomènes puerpéraux.

Quant aux influences qui hâtent la ménopause, l'auteur cite l'apparition tardive des règles, le célibat, la rareté des accouchements, l'abstention de l'allaitement. Ainsi, la plus grande durée des règles auraient lieu chez les femmes réglées de bonne heure, qui ont plus de trois enfants, nourrissent elles-mêmes et accouchent encore entre 38 et 42 ans.

KLEIN.

Sur la pénétration des leucocytes dans l'intérieur des membranes organiques. Note de M. LORTET. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 16 *décembre* 1872.)

M. Lortet a continué les recherches qu'il avait commencées à publier dès 1868. Dans cette nouvelle note, il a étendu ses expériences à un plus grand nombre de membranes organiques ; il aurait même observé le passage de leucocytes à travers la membrane de la chambre à air de l'œuf de poule. « Après avoir enlevé sur une certaine zone la coque calcaire de l'œuf, en ayant soin de ne pas léser la membrane de la chambre à air, on applique délicatement l'œuf ainsi préparé sur une plaie récente dont la suppuration va s'établir. Le poids du jaune et de l'albumine établit un contact parfait entre la membrane et la surface de la plaie mise en expérience. *Après douze heures et quelquefois beaucoup moins, les leucocytes ont pénétré en grand nombre la membrane de l'œuf, l'ont préforée même de part en part, et se trouvent réunis en foule sur la face interne de la membrane.* » — Cette expérience est intéressante, puisque l'œuf et sa

membrane ont si souvent servi de champ d'étude dans les expériences sur la génération spontanée, et récemment encore sur la genèse des ferments. (Voir plus loin l'art. sur la fermentation, etc.) M. D.

De la régénération du cristallin chez quelques mammifères, par Benjamin MILLIOT. (*Gazette médicale, 21 décembre 1872. — Société de biologie, 14 octobre 1871.*)

L'auteur a déjà présenté à l'Académie des sciences un mémoire sur la régénération du cristallin en 1867. En 1860 il a publié un travail en russe sur le même sujet. — La nouvelle publication est une réponse aux assertions négatives de quelques ophthalmologistes. Les expériences de Philipeaux (1870) confirment celles qu'il a faites antérieurement après Cocteau et Leroy d'Étiolles (1825), Backhausen, Lœwenhardt et Davidson (1827), H. Day (1828), Mayer et Midlemore (1832), Textor et Valentin (1843).

Midlemore et Philipeaux ont obtenu des cristallins régénérés aussi grands ou presque aussi grands que les cristallins normaux.

La structure microscopique des éléments du cristallin régénéré ne diffère pas de ceux du cristallin normal, lorsque l'expérience a bien réussi.

A. J.

Sur un nouvel osmomètre. Note de M. J. CARLET. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences, 10 février 1873.*)

Le nouvel osmomètre (*osmographe*) de M. Carlet a pour objet, en enregistrant la marche du phénomène osmotique, de *soustraire la membrane qui sépare les liquides à l'action de la différence de pression* provenant de la différence de densité des liquides employés. A cet effet, M. Carlet se sert de deux tubes, recourbés en forme de manomètre, apposés par leur branches horizontales et séparés en ce point par la membrane verticalement disposée. Les liquides s'élèvent, dans ces deux tubes, jusqu'à la hauteur de la membrane et, par le moyen d'un siphon en S, on rend constant le niveau de la colonne ascendante. Quant à la colonne descendante, elle porte un flotteur qui enregistre ses indications sur une plaque mobile de verre enfumé. L'auteur remet à une note ultérieure la publication des résultats obtenus dans les expériences faites au Collége de France, dans le laboratoire de M. Marey. M. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas notée sont de* 1873.)

Ueber das Physiologische Privat-Laboratorium an der Universität Leipzig, J.-N. Czermak, prof. honor. — Discours d'inauguration du 21 décembre 1872 5 gravures sur bois. — *Leipzig.*

Ueber die Erforschung des Lebens von W. Preyer. *Iéna.*

Die Anwendung des Spectral-Apparates zur Messung und Vergleichung der Stærke des farbigen Lichtes, mit Tabellen und 3 lithogr. Tafeln (Emploi du spectroscope pour mesurer et comparer l'intensité de la lumière colorée), prof. Vierordt. — Tubingue, 1872.

Die electromotorischen Wirkungen lebender Gewebe (Actions électromotrices des tissus vivants), Gruenhagen. — *Berlin.*

Resultate d. Experimentaluntersuchung üb. das Verhalten nichtleitender Körper unter dem Einflusse elektrischer Kräfte (Recherches expérimentales sur l'état des corps non conducteurs d'électricité), Boltzmann. — *Vienne.*

Résumé d'un mémoire intitulé : De la contractilité physique et de quelques autres propriétés que présentent les tissus non vivants de l'organisme animal, et notamment de l'endosmose des gaz et des vapeurs, par M. Ch. Boulland, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Limoges. (*Revue médicale de Limoges, année* 1872 et n° de *janv.* 1873.)

On the mechanical conditions of the respiratory movements in man (Sur le mécanisme des mouvements respiratoires chez l'homme), by Arthur Ransom, M. D. (*Proc. of the Royal Society*, 1er *nov.* 1872.)

The movements of the vocal cords in the production of musical sounds. (*The Lancet*, 8 *fév.*, t. I, p. 207.)

Strain in its relation to the circulatory organs (L'effort, dans ses rapports avec les organes circulatoires), par J. Milner Fothergill. (*Brit. med. Journ.*, 15 *mars*, t. I, p. 281.)

On an apparatus for maintaining artificial respiration in physiological experiments (Appareil pour entretenir la respiration artificielle dans les expériences physiologiques), par J. Mac Kendrick. (*Edinburgh, med. Jour.*)

Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires, par M. Sentex (Rapport de M. Durosiez sur ce travail). (*Gazette des hôpitaux*, 1873, nos 26 et 27.— *Société de médecine de Paris*, 19 *juill.* 1872.)

Dans ce travail sont rappelées des expériences sur l'absorption de différents médicaments : perchlorure de fer, iodure de potassium, eaux minérales, etc.

Comparative rate of growth in the two sexes (De la croissance dans les deux sexes), par Bowditch. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, *déc.* 1872.)

Essai sur la physiologie et la pathologie générales de l'hématie, par le Dr Joly. (*Thèses de Paris*, n° 496, 1872.)

Der Mechanismus der halbmondförmigen Herzklappen. Mit einer lithogr. Tafel (Mécanisme des valvules semi-lunaires avec une planche lithographiée, Ceradini.—*Leipzig*, 1872.

Ub. die Veränderungen d. Herzschlages bei reflectorischer Erregung d. vaso motorischen Nerversystemes, sowie bei Steigerung d. intracardialen Drückes überhaupt (Modifications des battements du cœur par excitation réflexe des nerfs vasomoteurs et surtout par augmentation de la pression intra-cardiaque), Knoll.—*Vienne.*

Ueber das Verhalten der Action des Herzventrikels zur Pulswellenbildung in der Arterie (Du mode d'action du ventricule gauche dans la production de l'onde pulsatile artérielle), par Koliseko. (*Stricker's medic. Jahrb.*, *Heft* 1.)

Untersachungon über die Wärmeökonomie des Herzens und der Lungen (Recherches sur la température du cœur et des poumons), par E. Albert et Stricker. (*In Stricker's medic, Jahrb., Heft.* I.)

Sur la physiologie du cerveau, par le Dr E. Hitzig. (*Psychiatrisches Centralblatt, janvier.*)

On the anatomical and physiological localisation of movements in the brain, par J. Hughlings Jackson. (*The Lancet,* 18 *janv.*, t. I, p. 84.)

The causation of sleep; a physiological essay (De la cause du sommeil, essai physiologique), par James Cappie. —*Edinburgh*, 1872.

Le sommeil anormal, par Barbaste. (*Revue médic.*, 1872-73.)

On removal of the restiform body (Enlèvement du corps restiforme), par Mary Putnam. (*New-York, medical Record*, 1er *janv.*)

Observation destinée à l'histoire du grand sympathique et du pneumogastrique, par Dumoulin. (*Presse méd. belge*, 1872-73.)

Alimentation du cerveau et des nerfs, par Tamin-Despalles, in-8°.— *Thèse de Paris.*

Sur la persistance de la contractilité musculaire après la mort et l'action de quelques muscles, expériences sur un supplicié, par Onimus. (*Soc. de biologie, Gaz. méd.*, n° 4.)

Considérations physiologiques sur l'ovulation, à propos d'un cas d'éclampsie, par C. Deshayes. — *Rouen*, 16 pages.

Menstruation, par MM. Depaul et Guéniot. (*Dict. encycl. de M. méd.*, 2e série, t. VI, G. Masson et P. Asselin.—*Paris.*)

Vermicular action of the urethra. — *The surgical Soc. of Ireland*, 3 *janv.* —Prof. Macnamara. (*Med. Press. and Circular*, 22 *janv.*, p. 69.)

Sulle cagioni anatomo-fisiologiche per le quali nel feto umano, cessa spontaneamente, dopola nascita, il corso del sangue nel funiculo ombellicale e se ne rende d'ordinario superflua la ligatura (Sur les raisons anatomo-physiologiques par lesquelles, dans le fœtus humain, cesse spontanément, après la naissance, le cours du sang dans le cordon ombilical et en rend d'ordinaire la ligature superflue). Mémoire lu à l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 21 novembre 1872, par le prof. François Rizzoli. (*In Bulletino delle scienze mediche, de Bologne, déc.* 1872.)

Von der Drehbewegung des Kœrpers (Des mouvements de rotation du corps), par le prof. Wolkmann. (*Archiv. f. path. Anat.* —V. LVI, l. 4.)

Ueber den Einfluss des Æthyl-alkohols an die thierische Wärme (De l'action de l'alcool éthylique sur la chaleur animale), par C. Binz. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Berlin, fünfter Jahrgang*, p. 1082, 1872.)

Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Apomorphins (Essais sur les effets physiologiques de l'apomorphine), de Siebert.— *Dorpat*, 1872.

Ueber die physiologischen Wirkungen des Apomorphins (Sur les effets physiologiques de l'apomorphine), par le Dr Max Quehl.— *Halle*, 1872.

CHIMIE MÉDICALE

ANALYSES.

Recherches sur le pouvoir oxydant du sang, par MM. P. SCHUTZENBERGER et Ch. RISLER. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences, tome LVXVI, p.* 440, 17 *févr.* 1873.)

Dans une série de notes, M. Schutzenberger a fait connaître la préparation d'un corps nouveau doué de propriétés réductrices extrêmement intenses, l'hydrosulfite de soude, MM. Schutzenberger et Gérardin (*Comptes rendus*, 75-879, *Bulletin de la Société chimique*, 18-449) l'ont employé au dosage de l'oxygène de l'eau MM. Schutzenberger et Rissler l'ont appliqué à celui de l'oxygène du sang.

Pour préparer l'hydrosulfite de soude, on remplit un flacon de 200 grammes avec des lames de zinc, on y verse une solution de bisulfite de sodium marquant 10° à l'aréomètre de Baumé, on bouche de façon à ce qu'il ne reste pas d'air, et au bout de vingt-cinq minutes la préparation de l'hydrosulfite acide S(NaO) (HO) est terminée ; on ajoute assez d'eau pour avoir deux litres de liquide.

On obtient l'hydrosulfite saturé en versant le contenu du flacon dans une bouteille de 1 litre contenant un lait de chaux ; on filtre pour séparer l'oxyde de zinc et le sulfate de calcium précipité, et on étend le liquide clair d'une quantité suffisante d'eau pour former deux litres ; cette liqueur, légèrement alcaline, tient en solution de l'hydrosulfite neutre de soude $S(NaO)^2$.

Le titrage se fait dans une atmosphère d'hydrogène bien exempte d'air ; on met le liquide dans lequel il s'agit de doser l'oxygène en contact avec un volume d'hydrosulfite tel que tout l'oxygène disponible soit immédiatement absorbé, et on évalue, au moyen d'une solution de carmin d'indigo, l'excès d'hydrosulfite qui reste. On évite ainsi tout danger de diffusion de l'oxygène dans l'atmosphère d'hydrogène.

On détermine préalablement d'une manière rigoureuse le rapport de l'hydrosulfite à une solution cuivrique ammoniacale contenant 4gr,48 de sulfate de cuivre cristallisé par litre, et à une solution de carmin d'indigo. L'hydrosulfite doit correspondre à peu près à son volume de solution cuivrique, et à trois fois son volume de solution d'indigo.

La solution cuivrique précédente est calculée de telle façon que 10cc en se décolorant, cèdent 1 centimètre cube d'oxygène. En supposant que l'oxydation de l'hydrosulfite par l'oxygène libre soit représentée par la même équation que celle par l'oxyde de cuivre ammoniacal, les auteurs ont trouvé, pour 1 litre d'eau d'une fontaine, 4cc,85 à 4cc,9 d'oxygène ; en se servant de la même eau et de la pompe à mercure, ils ont obtenu 9cc,7 c'est-à-dire le double de ce que donne le calcul précédent, et ils en concluent : 1° qu'avec l'oxygène libre un atome de ce corps utilise une molécule d'hydrosulfite ; 2° qu'avec l'oxyde de cuivre ammoniacal, un atome d'oxygène utilise deux molécules d'hydrosulfite.

L'expérience s'exécute dans un flacon à trois tubulures de 1 litre de capacité ; dans la tubulure médiane peuvent se fixer, au moyen d'un bouchon en caoutchouc, les extrémités de deux burettes de Mohr, dont l'une contient l'hydrosulfite et l'autre du carmin. Les deux tubulures servent à l'entrée et à la sortie de l'hydrogène, et à l'introduction des liquides au moyen d'un entonnoir à robinet dont la douille plonge au fond du flacon. Le tube de sortie de l'hydrogène plonge lui-même dans un tube qui y est fixé et qui contient de l'eau.

On introduit dans le vase : 1° 1/2 litre d'eau de fontaine ; 2° 5cc d'eau tenant en suspension 5 grammes de kaolin (le kaolin ôte de la transparence au liquide et rend les changements de teintes sensibles malgré la coloration du sang) ; 3° un peu de carmin d'indigo ; 4° enfin, au moyen d'une burette libre, assez d'hydrosulfite pour absorber l'oxygène du liquide et décolorer l'indigo. Le flacon étant ensuite adapté à ses bouchons respectifs, on balaie l'air par un courant d'hydrogène, et en laissant couler soit un peu d'hydrogène, soit un peu de carmin, on arrive facilement au point où le liquide ne contient ni oxygène ni hydrosulfite en excès. A ce moment, on introduit 30cc d'hydrosulfite, puis 5cc de sang au moyen de l'entonnoir, on agite et on laisse couler l'indigo goutte à goutte jusqu'au moment où la liqueur prend une teinte violacée, indice d'un excès d'indigo. Il ne reste plus qu'à retrancher de 50cc d'hydrosulfite le volume correspondant à l'indigo employé, et à calculer ce que cette différence vaut d'oxygène.

Analyse de l'oxygène du sang. — MM. Schutzenberger et Rissler n'ont jusqu'à présent opéré qu'avec du sang frais de bœuf ou de chien saturé d'oxygène, et avec le même sang désoxygéné par la pompe ou l'oxyde de carbone.

En admettant que l'oxyhémoglobine agisse sur l'hydrosulfite comme le ferait l'oxygène libre, ils trouvent un minimum de 88 à 90cc d'oxygène pour 100cc de sang de bœuf agité à l'air, et de 50 à 52cc d'oxygène pour 100cc du même sang désoxygéné par la pompe ou l'oxyde de carbone. La différence est de 38 à 40cc. Or, ce même sang saturé d'oxygène ne cédait à la pompe que 19cc pour

100. Il est donc évident que l'oxygène du sang agit sur l'hydrosulfite, non comme l'oxygène libre, mais comme l'oxygène combiné à l'oxyde de cuivre ammoniacal, et les nombres précédents doivent être divisés par 2. Ainsi le sang saturé possède, par rapport à l'hydrosulfite, un pouvoir oxydant correspondant à 45^{cc} d'oxygène pour 100; le sang désoxygéné par la pompe ou l'oxyde de carbone, un pouvoir oxydant correspondant à 25^{cc} ou 26^{cc} d'oxygène pour 100. Le sang saturé d'oxygène par agitation à l'air, ou plutôt l'oxyhémoglobine oxydée possède donc un pouvoir oxydant une fois et demie plus grand que celui qu'on lui avait attribué jusqu'ici, d'après le volume fourni par la pompe ou par l'oxyde de carbone. Cet oxygène se trouve dans un état de combinaison plus stable avec la matière colorante, et ne peut être enlevé que par les réductions chimiques.

MM. Schutzenberger et Risler ont constaté également qu'une solution de sang à 10 pour 100, saturée d'oxygène, puis additionnée d'un excès d'hydrosulfite, fournit la raie de l'hémoglobine réduite, et devient plus foncée en passant au rouge violacé. Cette solution réduite, agitée à l'air, fournit de nouveau au titrage la même quantité d'oxygène qu'avant la réduction. E. HARDY.

Beitræge zur physiologischen Chemie der Milch (Contribution à la chimie physiologique du lait), par Franz SOXHLET. (*Journal für praktische Chemie, tome VI, page* 1, 1872.)

Rollet a montré depuis longtemps qu'une solution d'albuminate alcalin n'est pas précipitée par les acides quand on ajoute du phosphate neutre de sodium ; qu'elle se comporte alors comme la caséine, et que la présence des phosphates explique comment la caséine peut rester en solution dans du lait ayant une réaction acide.

L'auteur a repris les expériences de Rollet en se servant de liqueurs titrées de phosphate de sodium neutre, d'acides acétique, sulfurique, phosphorique, et il est arrivé à conclure que l'addition d'un acide dans un phosphate neutre, en présence d'une solution d'albuminate alcalin, amène la précipitation complète de l'albumine, dès que le phosphate neutre est passé à l'état de phosphate acide.

1° Le lait contient un mélange de phosphates neutre et acide, et, comme les solutions de ces sels, il présente à la fois une réaction alcaline et une réaction acide, dite réaction amphotère, suivant qu'on le soumet à l'épreuve d'un papier rouge ou d'un papier bleu de tournesol. Il jouit également de la même propriété par la présence d'acide carbonique et de phosphate neutre qui se combinent pour former le sel découvert par M. Fernet.

2° Le lait, aussi bien que les diverses sérosités, et le tissu muscu-

laire lui-même, d'après Dubois-Reymond, devient rapidement alcalin par l'action de la chaleur. Cette réaction, selon l'auteur, est indépendante de la présence des matières albuminoïdes; elle s'explique simplement par la décomposition de certains sels, tels que les bicarbonates qui se transforment en carbonates simples. — Il montre également que la difficulté de déterminer l'acidité de l'urine par les liqueurs alcalines, tient à la présence simultanée des phosphates neutre et acide.

3° Soxhlet établit que l'action de la présure est la même sur la caséine et les albuminates alcalins. La coagulation de la caséine dans le lait sous l'influence de la présure se produit par suite d'une transformation préalable du sucre de lait en acide lactique; celui-ci s'empare de l'alcali et la matière albuminoïde se précipite.

Contrairement à d'anciennes opinions, l'auteur avance que le précipité formé par la présure dans le lait, ainsi que celui donné par les acides, se dissolvent tous deux également dans les carbonates alcalins dès qu'on élève la température à 50°. Il ne croit pas devoir rattacher à la présence d'un ferment organisé la transformation du sucre de lait en acide lactique dans l'estomac des animaux; il ne se base d'ailleurs que sur une seule expérience faite avec l'estomac d'un chien.

4° On sait que Zahn a filtré comparativement à travers un disque d'argile, du lait et des albuminates alcalins. Il a vu la caséine rester sur le filtre et l'albuminate le traverser rapidement. Soxhlet a constaté que cette expériences était loin d'être aussi nette que Zahn l'avait établi, car il suffit de la présence de quelques matières grasses, d'une émulsion de beurre, par exemple, pour que les albuminates ne traversent plus le disque d'argile.

5° Zahn prétend qu'une solution concentrée de carbonate de sodium précipite le lait et ne trouble pas les carbonates alcalins. L'auteur montre que les alcalis, le phosphate de sodium se comportent de même; qu'il y a seulement entraînement mécanique.

Les albuminates alcalins, mêlés avec une émulsion de matières grasses et une petite quantité de chlorure de calcium, se précipitent comme la caséine, sous l'influence des mêmes sels.

6° D'après Hoppe, la caséine chauffée avec de la potasse produit du sulfure de potassium, tandis que les bialbuminates n'en fournissent pas. Suivant Soxhlet, au contraire, ces deux substances donnent également lieu à une formation de sulfure.

7° On a prétendu aussi trouver une différence entre la caséine et les albuminates, d'après la déviation qu'une solution de ces substances dans le sulfate de magnésium ou le sel marin fait éprouver à la lumière polarisée; Soxhlet a repris ces déterminations, et est arrivé à trouver pour les deux solutions des chiffres concordants.

Il se croit donc en droit de conclure à l'identité absolue de la caséine et des albuminates alcalins. E. HARDY.

Ueber die Ursache der Coagulation des Milchcasein durch Lab und über die sogenannte amphotere Reaction (Sur la cause de la coagulation de la caséine du lait, et sur la réaction dite amphotère), par W. HEINTZ. (*Journ. für praktische Chemie, tome VI, p.* 371, 1872.)

Ce travail est en partie la réfutation du mémoire précédent. Heintz rappelle qu'il a depuis longtemps montré que le lait, coagulé par la présure, bleuit le papier rouge de tournesol et rougit le papier bleu, c'est-à-dire possède la réaction amphotère. Il regarde comme exacte l'expérience dans laquelle Soxhlet annonce que le phosphate acide de sodium possède encore la propriété de rougir le tournesol, malgré la présence du phosphate neutre alcalin. Mais il pense que les papiers rouge et bleu sont ramenés seulement à prendre une teinte violette uniforme.

Sa principale objection tient à la cause de la coagulation de la caséine. Il n'admet pas que, sous l'influence de la présure, il y ait formation d'acide lactique, et que la coagulation de la caséine n'ait lieu que par une action secondaire de ce dernier qui, en s'emparant de l'alcali, précipite la matière albuminoïde.

Heintz reconnaît que Soxhlet est en droit d'expliquer la persistance de la réaction alcaline du lait, après l'action de la présure, par la formation de lactates alcalins; mais il fait remarquer que cette alcalinité est très-faible, qu'elle ne se produit que dans des solutions concentrées, et disparaît par le plus petit excès d'acide lactique; aussi ne lui accorde-t-il qu'une importance secondaire.

D'après Soxhlet la coagulation de la caséine par la présure est d'autant plus rapide que la réaction acide est plus intense dès le début de l'expérience, ce qui prouve la nécessité d'un acide pour produire la coagulation. Heintz objecte à cette assertion qu'il a mêlé des infusions de présure avec des quantités croissantes de carbonate de sodium, et qu'en opérant avec des solutions alcalines au début, il a constaté que le lait restait encore alcalin après la coagulation.

On peut d'ailleurs se convaincre facilement qu'en l'absence de la présure le lait doit être fortement acidulé par l'acide lactique avant de se coaguler.

La théorie de Soxhlet s'appuie encore sur une erreur; Mitscherlich a montré que le temps nécessaire pour coaguler par la présure une quantité déterminée de lait, ne suffit pas pour produire la plus légère réaction acide dans une solution concentrée de sucre de lait mis dans de l'eau avec de la présure. Cette expérience a été répétée et confirmée par l'auteur. E. HARDY.

Studien über die Eiweisskörper (Etude sur les corps albuminoïdes), par Otto NASSE. *(Archiv für die gesammte Physiologie, tome VII, page* 589, 1872.)

Les matières albuminoïdes ont une composition encore incertaine; elles ne sont pas mieux connues qu'au temps déjà éloigné où, pour la première fois, on les a décomposées par l'acide sulfurique, par la potasse et les autres agents d'oxydation, en corps azotés et en matières privées d'azote. Depuis cependant, Erlenmeyer et Schoffer essayèrent avec peu de succès de déterminer sous quel état l'azote se trouve dans les matières albuminoïdes.

C'est ce même problème qu'Otto Nasse s'est posé; mais, pour le résoudre, au lieu de se servir d'une solution alcaline dont l'action diffère et s'accroît avec la concentration, il a fait usage d'hydrate de baryum, lequel est indépendant de cette cause d'erreur.

Il opère en général de la manière suivante : il place dans une cornue les matières albuminoïdes réduites en poudre fine avec de l'hydrate de baryum et de l'eau, et chauffe pendant un temps variable mais prolongé, qui va quelquefois jusqu'à 130 heures et en moyenne 50 à 60 heures; il recueille l'ammoniaque dans de l'acide sulfurique étendu, et obtient ainsi une quantité d'azote qui varie avec la matière albuminoïde. Il dose également la totalité de l'azote contenu dans les diverses substances en se servant des procédés ordinaires ; il brûle les matières avec de la chaux sodée, reçoit l'ammoniaque dans de l'acide chlorhydrique, évapore à sec, reprend la solution par l'eau, et précipite le chlore du chlorhydrate d'ammonium par un sel soluble d'argent. Il divise ensuite le poids total de l'azote par le poids d'azote obtenu avec l'hydrate de baryum, et trouve un quotient différent avec les diverses subtances albuminoïdes.

L'auteur entre ensuite dans de longs détails sur la purification des diverses substances qu'il a soumises à l'analyse; il rapporte les nombreuses expériences qu'il a faites sur chacune d'elles en variant la durée du temps. Les quotients sont souvent assez différents; il en prend la moyenne comme terme de comparaison. Nous nous contentons de dire que le chiffre minimum fourni par la caséine est de 0,112 et le maximum donné par le gluten est de 0,300.

L'auteur présente des considérations sur la composition des matières albuminoïdes. Leur décomposition par l'eau de baryte, les observations de Hufner à l'aide de l'hypobromite de sodium l'amènent à penser que l'azote doit s'y trouver dans un état analogue à celui où il se rencontre dans les acides amidés.

E. HARDY.

Du fer contenu dans le sang et dans les aliments, par M. BOUSSINGAULT.
(*Annales de chimie et de physique, 4e série, tome XXVII, page 477, 1872.*)

M. Boussingault a rapporté de nombreux dosages du fer contenu dans le sang de divers animaux et dans les substances qui leur servent de nourriture. Il a exécuté ces déterminations en incinérant la matière à examiner dans un vase de platine, et en dosant le fer dans les cendres à l'aide du permanganate de potasse, par la méthode volumétrique due à M. Margueritte.

Ces expériences, qui lui ont permis d'établir la quantité de fer contenue dans les divers régimes alimentaires, l'ont amené à conclure que chez un individu ayant atteint son complet développement, le fer compris dans la ration journalière ne fait, du moins en apparence, que traverser l'organisme, c'est-à-dire que la quantité de fer introduite par l'alimentation est égale à celle qui se trouve dans les excrétions. Pour un animal en voie de croissance, au contraire, tout le fer n'est pas éliminé; il s'en fixe chaque jour dans les tissus.

Quant à la quantité de fer répartie dans l'organisme d'un animal dont les intestins ont été préalablement vidés, M. Boussingault a trouvé qu'un mouton de 32 kilogr. renfermait $3^{gr},38$ soit 0,00011 du poids de l'animal, une souris de 27 grammes $0^{gr},0030$ soit 0,00011 de son poids, un merlan de 182 gr. $0^{gr},0149$ soit 0,000082 du poids du poisson. Il n'y a donc pas au delà de $\frac{1}{10\,000}$ de fer chez les vertébrés. Pour les invertébrés ne possédant ni os, ni arêtes, la fraction est moindre encore, et n'atteint pas 0,00004 dans le colimaçon, et 0,000012 dans la limace.

M. Boussingault a dosé le fer dans le sang blanc de la limace jaune des jardins. Il recueille le sang en ouvrant le cœur avec une pointe de platine, et obtient une ou deux gouttes de sang par animal. Ce sang est alcalin, presque incolore, légèrement opalin, teinté de jaune, liquide au moment de l'extraction; il prend bientôt une consistance demi-gélatineuse; au microscope on y aperçoit de nombreux globules et quelques autres éléments. Il contient pour 100 gr.

Matières sèches.....	3,905
Cendres blanches.....	0,767
Fer exprimé en métal...	0,000 69
Eau.....	96,095

Le fer est en proportion si faible que l'on pourrait hésiter à le considérer comme une partie constituante du sang blanc.

Chez les animaux supérieurs le sang rouge contient plus de fer que la chair musculaire.

S'il en était ainsi chez les mollusques, il y aurait une présomption pour admettre que ce métal, quelque limitée qu'en soit la quantité dosée, entre dans la constitution de leur sang blanc.

100 gr. de limaces bien nourries dont on avait enlevé l'intestin ont donné :

Fer exprimé en métal... 0gr,001176.

Ainsi pour des poids égaux, la chair des limaces renferme environ deux fois autant de fer que le sang ; mais en raison de la plus forte proportion d'eau que contient le sang, la comparaison ne doit nécessairement porter que sur les matières sèches.

Dans 100 gr. de sang blanc desséché, fer..... 0gr,0177
Dans 100 gr. de chair desséchée, fer..... 0gr,0078

Le sang blanc renferme, par conséquent, plus de fer que la chair sèche. Ce rapport est sensiblement analogue à celui des animaux à sang rouge, seulement pour ces derniers la différence est beaucoup plus forte. Il y a dix fois autant de fer dans le sang de bœuf que dans la chair ; tandis que pour la limace ce serait le double seulement ou à peu près.

M. Boussingault a cherché ensuite la répartition du fer dans les principes du sang rouge : fibrine, globule, albumine. Il a trouvé dans 100 gr. de sérum desséché :

	Substances minérales.	Fer métal.
Fibrine.....	2,151	0,0466
Globules.....	1,325	0,0350
Albumine (sérum sec)..	8,715	0,0863

Les globules fournissent donc 7 fois autant de fer que la fibrine, 4 fois autant que l'albumine.

La chair musculaire contient moins de fer que le sang, en différence notable.

	Dans 100 grammes de sang.	Dans 100 grammes de chair.
Bœuf, fer.....	0,047	0,005
Porc, fer.....	0,058	0,003

L'auteur a cherché comment le fer est engagé dans les substances végétales ; il a vu que les feuilles vertes contiennent du fer, que les feuilles décolorées par l'absence de la lumière en renferment également quoique en moindre quantité, et il pense qu'une partie du fer des feuilles entre dans une combinaison colorée, soluble dans l'alcool et fait probablement partie de la constitution de la chlorophylle.

Il a dosé le fer dans les principaux aliments et a trouvé une moyenne de 0gr,029 pour 100 gr. de matière azotée sèche, préexistant dans l'aliment végétal, chiffre qui ne diffère pas notablement de celui fourni par l'analyse du tissu musculaire du bœuf. Mais de tous les aliments le sang est le plus riche en fer. E. HARDY.

Ozone et antozone, par le Dr Cornelius FOX. (*Un vol. in-8°, Londres, J. et A. Churchill*, 1873.)

Les publications qui ont paru sur l'ozone et l'antozone étant très-nombreuses et se trouvant éparses dans divers recueils scientifiques, M. Cornélius Fox a cru devoir présenter l'ensemble de nos connaissances sur ce sujet.

L'ouvrage que nous avons sous les yeux, enrichi de nombreuses figures et de nombreuses planches, n'est pas seulement un travail très-bien fait sur cette question difficile, mais un monument élevé à la mémoire des physiciens et chimistes et même des médecins, tels que Schœnbein qui a découvert l'ozone, de la Rive, Marignac, Becquerel, Williamson, Scoutetten, qui a publié le premier un ouvrage sur l'ozone; Hauzeau et plusieurs autres, qui en ont fait l'objet de leurs recherches; c'est en outre un ouvrage médical.

L'auteur s'est proposé spécialement trois choses :

1° De donner un résumé des faits les plus importants relatifs à l'ozone et à l'antozone;

2° D'indiquer les circonstances où l'ozone se rencontre dans l'atmosphère, les causes de son existence et la manière d'en reconnaître la présence;

3° De faire connaître les résultats de ses recherches personnelles.

Diverses théories ont été émises au sujet de la constitution de l'ozone. Nous trouvons d'abord celle de Schœnbein, qui admettait deux formes opposées et antagonistes de l'oxygène : une forme négative et une forme positive, appelées, l'une ozone et l'autre antozone, lesquelles étant unies produiraient l'oxygène neutre. L'oxygène étant représenté par ⊕ ⊖, l'ozone serait constitué de la manière suivante ⊖ ⊕ ⊖ , et l'antozone serait représenté par ⊕ ⊖ ⊕. L'ozone est plus dense que l'oxygène; c'est pourquoi on l'appelle oxygène condensé. A ce point de vue, le docteur Odling et plusieurs chimistes pensent que l'oxygène simple étant O^2, l'ozone a pour formule O^3 ou O^2O, c'est-à-dire qu'il est une combinaison de l'oxygène avec lui-même, comme l'eau H^2O est une combinaison de l'hydrogène avec ce même gaz. La condensation, dans les deux cas, est d'un tiers. Cette hypothèse, qui est très-belle, rend compte de diverses résultats d'expériences, tels que ceux d'Andrew et de Tait, qui ont vu que 100 volumes d'oxygène donnent 92 volumes d'oxygène ozonisé, parce que 8 volumes se sont combinés avec 16 autres volumes pour donner 16 volumes d'ozone.

L'ozone paraît exister constamment dans l'atmosphère; telle est l'opinion de Lowe, fondée sur plusieurs milliers d'observations. Mais les proportions en sont variables suivant plusieurs circonstances, suivant la saison, le jour et la nuit, l'état hygrométrique,

l'état électrique de l'air. L'auteur représente, à l'aide de tableaux et de courbes, les diverses variations de l'état ozonométrique de l'atmosphère. Ces courbes nous montrent, par exemple, que l'ozone est plus abondant en hiver qu'en été ; que la quantité en est maxima au mois de mars et minima au mois de novembre ; que, pendant l'hiver il y en a davantage la nuit que le jour, tandis que c'est le contraire en été. Plus il y a d'électricité dans l'air, plus il y a d'ozone.

La production de l'ozone est attribuée à plusieurs causes : aux courants électriques, que l'on croyait d'abord en être la source unique; à la phosphorescence de la mer ; à la végétation, etc. Suivant M. Ch. Brame, les plantes donneraient lieu constamment à un dégagement d'ozone pendant le jour, tandis que le phénomène cesserait durant la nuit.

L'ozone exerce une influence sur le développemnent et la marche des maladies. Ainsi, les affections catarrhales seraient agravées par la respiration d'une atmosphère riche en ce principe ; au contraire, les fièvres intermittentes, le typhus, la scarlatine, la rougeole, etc., diminueraient dans ce cas.

Différentes substances ont été proposées pour reconnaître la présence de l'ozone dans l'atmosphère, savoir : l'iodure de potassium pur, le papier rouge de tournesol trempé dans une solution d'iodure de potassium, l'argent pur, le cuivre et l'acide acétique, l'iodure de potassium additionné d'amidon, l'oxyde de thallium, le sulfate de manganèse, le sulfite de plomb, la résine de gaïac, l'indigo, les champignons. L'auteur les passe en revue et en signale soit les avantages, soit les inconvénients. Ainsi, un papier trempé dans une solution d'oxyde de thallium brunit sous l'influence de l'ozone, qui change cet oxyde en peroxyde qui est noir ; mais, l'acide carbonique de l'air donnant du carbonate de thallium, qui n'est pas influent, le procédé fondé sur la propriété précédente n'est pas satisfaisant. Le papier ozonoscopique auquel il donne la préférence est le papier rouge de tournesol qui a été trempé dans une solution d'iodure de potassium ; la couleur rouge vise au bleu, comme on le sait, par suite de la formation de potasse.

Nous n'avons fait qu'indiquer brièvement les questions les plus importantes qui sont traitées dans le travail de M. Cornélius Fox. Ce travail est certainement celui qui fournit les données les plus intéressantes sur l'ozone et l'antozone, tant au point de vue purement scientifique qu'au point de vue médical. A. RABUTEAU.

Zur Bestimmung der Harnsaüre (Sur le dosage de l'acide urique), par Rich. MALY. (*Pflüger's Arch. für Physiologie, tome* VI *et Annalen der Chemie und Pharmacie, tome CLXV, p.* 315, 1873.)

En répétant le travail de Schwanert sur le dosage de l'acide urique (*Ann. der Chem. und Pharm.* 163, 153 et *Revue des sciences médicales*, I, p. 89), Rich. Maly reconnut que la solubilité de l'acide urique n'est pas de $0^{gr},0048$ pour 100 d'eau comme l'avait annoncé Schwanert, mais qu'elle oscille de $0^{gr},03864$ à $0^{gr},0468$ pour 200 gr. d'eau.

Il montra également que la quantité d'acide urique entraînée par l'azotate d'argent s'élève à 72 p. 100 de celle directement précipitée par l'acide chlorhydrique.

L'urate d'argent n'existe pas. En l'absence d'ammoniaque l'acide urique réduit les sels d'argent comme l'avait déjà vu Schiff; en présence d'ammoniaque il forme un sel double d'urate d'argent et d'urate terreux insoluble dans un excès d'ammoniaque.

Pour la préparation de ce sel, dans un mélange parfaitement limpide de solutions d'urate d'ammoniaque et d'azotate d'argent ammoniacal avec un excès d'ammoniaque, on verse quelques gouttes de divers sels, azotate de potassium ou de sodium, chlorure d'ammonium, sulfate de magnésium, etc., on obtient un précipité blanc, floconneux qui se dépose bientôt en prenant une teinte jaunâtre et qui contient tout l'acide urique. On produit encore le même composé par l'addition d'acide chlorhydrique concentré à une solution qui renferme de l'acide urique, filtrant après 48 heures, puis ajoutant de l'azotate d'argent très-ammoniacal et quelques-uns des sels mentionnés plus haut. Cette dernière réaction est précisément celle qui se produit lors du dosage de l'acide urique dans l'urine.

L'auteur fit l'analyse d'un sel obtenu en versant du sulfate de calcium dans un mélange d'urate d'ammonium et d'azotate d'argent, il obtint un sel ayant la composition $C^5H^2AgCaAz^4O^3$ qui représente un urate double d'argent et de calcium. Avec l'azotate de potassium il recueillit un urate d'argent et de potassium $C^5H^2Ag^2Az^4O^3+C^5H^2AgKAz^4O^3$, avec un sel de magnésie un urate d'argent et de magnésium, avec le chlorure d'ammonium un urate d'argent et d'ammonium.

On voit donc que dans un dosage, l'azotate d'argent peut servir à déterminer l'acide urique resté en solution quand l'acide chlorhydrique n'a pas produit de précipité.

E. HARDY.

Sur un nouveau procédé de dosage de l'urée, par M. YVON. (*Bulletin de la Soc. chimique, tome XIX, p.* 3, 1873.)

M. Yvon a proposé un appareil fort simple pour doser l'urée en

se servant du bromure de soude. On prend un tube de verre long de 40 centimètres, portant vers son quart supérieur un robinet également en verre et divisé de chaque côté, à partir de ce robinet, en centimètres et en dixièmes de centimètres cubes.

Dans une éprouvette remplie de mercure, on plonge la longue partie de l'instrument que l'on remplit du même métal; puis le robinet étant fermé, on soulève le tube, et on le maintient au moyen d'un support de manière à obtenir une sorte de baromètre tronqué dans lequel on peut verser successivement divers liquides sans laisser pénétrer d'air. On introduit dans la chambre supérieure 5^{cc} d'urine, par exemple, ou de tout autre liquide dont on veut doser le contenu en urée, puis en ouvrant le robinet on la laisse descendre dans le tube à réaction. On lave ensuite le tube mesureur avec de la soude étendue, et en ouvrant de nouveau le robinet on réunit ce liquide au premier. Ce lavage a pour but de rendre la liqueur alcaline, et d'entraîner les dernières portions d'urine adhérant au tube. On fait pénétrer ensuite 5 ou 6 centigr. d'une solution d'hypobromite de sodium préparée en mélangeant :

Lessive de soude	30 grammes.
Brome	5
Eau distillée	125

La réaction est pour ainsi dire instantanée, mais aucune bulle gazeuse ne s'échappe du tube, la pression étant plus faible à l'intérieur qu'à l'extérieur; on agite le tube, et finalement on le plonge dans un tube plein d'eau pour opérer la lecture. On ramène par le calcul le volume du gaz à 0° et à la pression de 0,76. Dans les mêmes conditions 0,1 décigramme d'urée fournit 37^{cc} d'azote, il suffit d'une simple proportion pour connaître le poids de l'urée contenue dans les 5^{cc} du liquide examiné.

L'hypobromite décompose aussi la créatine et les urates, de telle façon qu'en opérant avec de l'urine brute on dose en masse toutes ces substances. Pour une recherche exacte, on enlève la créatine par le chlorure de zinc en solution alcoolique, et les urates par le sous-acétate de plomb; puis on précipite l'excès de ce dernier par du phosphate de sodium.

En faisant un premier essai avec de l'urine naturelle, un second après avoir séparé la créatine, un troisième quand on a précipité les urates, on obtient par la différence entre le premier et le deuxième de ces nombres la quantité d'azote due à la créatine, et par la différence entre le second et le troisième, celle due aux urates.

Pour ce dosage, M. Yvon conseille d'étendre l'urine de 10 volumes d'eau pure; elle dégage trop de gaz pour la longueur du tube à réaction.

E. HARDY.

Moyen clinique de reconnaître le mercure dans les excrétions et spécialement dans l'urine ; de l'élimination et de l'action physiologique du mercure, par M. MAYENÇON, professeur de chimie au lycée de Saint-Étienne et par M. le Dr BERGERET, de Saint-Léger, médecin des hôpitaux. (*Lyon, méd.*, *n°* 2, 1873, *p.* 82, *et n°* 3, *p.* 164.)

La méthode analytique consiste dans les manipulations suivantes : 1° plonger dans l'urine, ou tel liquide qui est supposé contenir du mercure, un clou en fer suspendu à un fil de platine, et ajouter quelques gouttes d'acide sulfurique pour aciduler ; on laisse fonctionner une demi-heure : le mercure, s'il y en a, se porte sur le platine ; 2° retirer le couple fer et platine, laver à l'eau pure, sécher légèrement à l'air, et plonger dans une atmosphère de chlore ; 3° retirer le couple, agiter dans l'air pour le débarrasser du chlore, et passer le fil de platine sur une feuille de papier à cigarette légèrement imbibée d'une solution aqueuse d'iodure de potassium au 100e. S'il y a du mercure, il se produit une raie rouge brique de bi-iodure de mercure. Ce procédé décèle un 150000e d'un composé soluble de mercure.

Les auteurs se sont servis de ce procédé pour rechercher quelles voies suivait le mercure dans son élimination : ils ont expérimenté sur des malades et sur des lapins. Voici leurs conclusions : 1° le mercure ou les sels mercuriels, pris en une seule fois et en petite dose, sont éliminés promptement (4 jours) et complétement de l'organisme ; 2° le mercure ou les sels de mercure, pris pendant un certain temps, même à petite dose, mettent plusieurs jours à s'éliminer complétement ; 3° le bichlorure de mercure, injecté sous la peau, imprègne tout l'organisme dans une demi-heure, et peut-être plus rapidement encore ; 4° les reins et le foie semblent être les organes où le mercure se trouve en plus grande abondance.

Puis, l'un des auteurs s'est soumis pendant 7 jours à l'usage du mercure, et pendant 4 jours à celui de l'iodure de potassium. Voici le résultat de ces dernières recherches : 1° le mercure et ses sels sont absorbés par la peau aussi bien que par l'estomac ; 2° du mercure absorbé, une partie, la plus considérable, est immédiatement éliminée, tandis que l'autre imprègne d'abord les tissus pour n'être éliminée qu'insensiblement, à moins que l'imprégnation n'ait été profonde par un usage longtemps continué du mercure ; 3° l'élimination semble se faire par toutes les humeurs excrémentitielles, principalement par l'urine et les sucs intestinaux ; 4° l'iodure de potassium a une action marquée pour débarrasser l'organisme du mercure qu'il a fixé.

(V., sur l'élimination des sels merc., *R. sc. méd.*, I, p. 286.)

J. CAZALIS.

Ueber alkoholische Gährung durch Mucor Mucedo (Sur la fermentation alcoolique par le Mucor mucedo), par **Alb. FITZ.** (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, tome VI, p.* 48, *février* 1873.)

Depuis les travaux de M. Pasteur, l'étude physique et chimique de la fermentation a suscité de nombreuses recherches, cependant la détermination botanique des espèces qui la produisent est restée fort obscure. Rees (*Botanische Zeitung*, 1869, *p.* 104) a constaté que le *Mucor mucedo* est capable d'amener la fermentation alcoolique des liquides fermentescibles, qu'il diffère du *Saccharomyces cerevisiæ*, lequel se trouve dans la levure de bière. Rees a donné les caractères qui servent à les distinguer l'un de l'autre, mais il s'est borné à l'examen botanique du *Mucor mucedo;* Fitz l'a repris au point de vue chimique.

Il emploie comme agent fermentescible soit du moût de raisin, conservé par le chauffage, soit un milieu artificiel d'eau, de sucre de canne, de substances minérales, de pepsine ou de sels ammoniacaux. Il porte le liquide à l'ébullition dans un vase clos par une couche de coton pour faire périr les champignons, et, après le refroidissement, l'additionne de un ou plusieurs spores de *Mucor*. Le *Mucor mucedo* était tiré du fumier de cheval et bien privé de spores de *Saccharomyces*. Tantôt Fitz laissa l'air en contact avec les liquides en fermentation, tantôt il le déplaça par un courant d'acide carbonique, et il obtint dans les deux cas des résultats différents.

En l'absence de l'oxygène les spores du *Mucor* se développent, prolifèrent et produisent immédiatement la fermentation alcoolique, en décomposant le sucre.

En présence de l'oxygène, il y a d'abord développement du mycelium qui peut atteindre plusieurs centimètres de longueur, puis destruction du mycelium et du sucre qui se transforment en eau et en acide carbonique, et pas de fermentation. Ces faits confirment la théorie de M. Pasteur (*Comptes rendus*, 1861).

L'action du *Mucor mucedo* sur une solution de sucre est semblable à celle du *Penicillum glaucum* et de l'*Aspergillus niger* sur une solution de tannin. Ces ferments en présence de l'oxygène détruisent le tannin, et en son absence amènent la fermentation et la production d'acide gallique.

La fermentation ne s'établit avec le *Mucor mucedo* qu'à une température plus élevée que celle nécessaire pour le *Saccharomyces;* elle commence à peine à 15°, et réussit surtout de 15 à 30°. Elle amène l'inversion du sucre comme le *Saccharomyces*, et la fermentation dégage seulement de l'acide carbonique.

Avec le *Mucor mucedo* la fermentation marche rapidement dans les premiers moments, pour s'arrêter après un certain temps, de telle sorte que la moitié du sucre reste indécomposée. Il semble que l'un des éléments du sucre interverti, la dextrose ou la lévu-

lose, se décompose d'abord, et que la fermentation s'arrête ensuite ; exactement comme le *Penicillum glaucum* agissant sur l'acide racémique, décompose exclusivement l'acide tartrique droit, et laisse l'acide tartrique gauche inaltéré.

Le *Saccharomyces* produit, au contraire, la transformation complète du sucre de canne. Cette différence d'action tient à la présence de l'alcool. 3 1/2 à 4 0/0 d'alcool tuent le *Mucor mucedo* et sont sans action sur le *Saccharomyces*.

L'auteur donne le détail des expériences desquelles il a déduit les conclusions précédentes.

L'acide succinique se constate facilement dans les produits de la fermentation par le *Mucor mucedo* : on évapore le liquide à sec, on épuise le résidu par l'éther; celui-ci fournit par l'évaporation des cristaux d'acide succinique.

La glycérine n'a pu être décelée.

La dextrine, l'inuline, le sucre de lait ne fermentent pas sous l'influence du *Mucor mucedo*. E. HARDY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber einige sogenannte Sauerstofferreger (Sur l'oxygène actif), par FUDAKOWSKI. (*Centralbl. f. die mediz. Wissenschaften, p.* 849, 1872.)

On connaît aujourd'hui un grand nombre de substances capables de transformer l'oxygène en ozone. Fudakowski ajoute à cette liste la benzine du commerce (bouillant de 80° à 100°, d'un poids spécifique de 0,67 à 0,68). Cette substance, abandonnée à l'air dans un vase spacieux, absorbe l'oxygène par l'agitation. La réaction se produit en quelques jours à la lumière solaire directe, un peu plus lentement à la lumière diffuse. La benzine acquiert des propriétés oxydantes très-énergiques, elle devient bientôt acide avec production d'eau oxygénée.

Les huiles de schiste (bouillant de 80° à 100°) ainsi que le phénol jouissent des mêmes propriétés. E. HARDY.

Ueber den Einfluss verschiedener der Nahrung beigemengter Erdphosphate aus die Zusammensetzung der Knochen (De l'influence des phosphates terreux introduits dans l'alimentation sur la composition des os), par WEISKE-PROSKAU. (*Zeitschrift fur biologie, t. VIII, p.* 239, 1872.)

Des lapins, les uns adultes, les autres en voie de croissance, furent nourris de foin et de navets mêlés de phosphates terreux à la dose minimum de 1 gr. par jour; ils prirent du phosphate de calcium, de magnésium, de strontium ; deux autres ne mangèrent que du foin et des navets sans addition de sels. Après cent jours d'expérience les animaux furent sacrifiés, et Weiske-Proskau fit l'analyse de leurs os, tant de la totalité du squelette que des os des jambes seulement. Il ne trou-

va pas de différence entre la composition des os des animaux nourris avec des sels ou nourris sans sels. — Indépendamment de ces observations, l'auteur a remarqué que les os des adultes présentent plus de cendres que ceux des animaux en voie de croissance, que les premiers renferment plus de chaux, les seconds plus de magnésie. L'auteur a publié dans son travail les tableaux détaillés des analyses qui l'ont conduit à ce résultat.

E. HARDY.

Ueber die nähern Bestandtheile des Knochenphosphates (Sur les parties constituantes du phosphate des os), par Carl AEBY. (*Journal für prakt. Chemie, t. VI, p.* 169, 1872.)

Les os frais parfaitement privés de matières organiques contiennent plus d'acide carbonique qu'il n'est nécessaire pour saturer la chaux qui reste encore libre dans les cendres quand on suppose tout l'acide phosphorique à l'état de phosphate tribasique de calcium. L'auteur en trouve la preuve dans ce fait que les os fossiles après la destruction des matières organiques perdent encore de l'eau et de l'acide carbonique par la calcination au rouge, qu'ils ont alors la composition des os calcinés et qu'ils reprennent par un traitement avec du carbonate d'ammoniaque la composition qu'ils avaient avant la calcination au rouge. E. HARDY.

Recherches expérimentales sur les modifications de la composition immédiate des os), par M. F. PAPILLON. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LXXVI, p.* 352, *février* 1873.)

Les expériences de M. Papillon tendent à faire admettre qu'il peut y avoir substitution des principes immédiats dans la trame du tissu osseux.

1re exp. — Un pigeon enfermé dans une cage fut nourri de blé roulé dans une pâte fine de phosphate et de carbonate de magnésium, préparés avec de l'eau distillée additionnée des sels de l'eau ordinaire, moins ceux de chaux. Après cinq mois, les os, pour 100 parties de cendres, contenaient : chaux 51,76, magnésie 1,81.

2e exp. — 3 poulets provenant d'une même couvée furent soumis à un régime semblable ; sacrifiés après des temps variables, leurs os offraient la composition suivante :

	Poulet ayant vécu 24 jours.	Poulet ayant vécu 31 jours.	Poulet ayant vécu 41 jours.
Chaux.	53,45	51,59	50,51
Magnésie.	0,83	0,90	2,01

3e exp. — Au milieu de l'hiver 1871, 3 écrevisses, âgées de 3 ans, furent placées dans un bassin dont l'eau, incessamment renouvelée, passait sur un lit de phosphate et de carbonate de magnésium mélangés. En août et en septembre 1872, deux de ces écrevisses, au moment même où elles venaient de muer, furent sacrifiées. On retira du corps de l'animal les hémisphères pierreuses logées aux environs de l'estomac, connues vulgairement sous le nom d'yeux d'écrevisses, et affectées à la formation de la nouvelle carapace. Trois de ces pierres contenaient pour 100 de

cendres : chaux 55,37, magnésie 0,35. Dans l'état normal, elles ne renferment pas de quantité appréciable de magnésie.

Comparant ensuite les analyses qu'il publie aujourd'hui avec celles qu'il a fait connaître antérieurement, l'auteur remarque provisoirement que la quantité de métaux capables d'entrer par fixation ou substitution dans les trames organiques semble être proportionnelle aux poids atomiques de ces métaux. E. HARDY.

Ueber die verschiedene Zusammensetzung des Ziegenharns bei rein vegetabilischer und rein animalischer Nahrung (Sur la différence de composition de l'urine de chèvre sous l'influence d'une alimentation végétale ou animale), par Weiske PROSKAU. (*Zeitschrift für Biologie, livr.* 8, *p.* 246, 1872.)

Deux chèvres de la même portée et maintenues dans les mêmes conditions d'existence furent nourries, l'une n° 1 avec une alimentation purement végétale, trèfle et feuilles de navet, l'autre n° 2 seulement avec du lait. Après neuf mois d'expérience, l'urine n° 1 avait pour densité 1,058 ; 100 gr. de cette même urine contenaient 11gr,08 de matières sèches, 5gr,19 de cendres, 1gr,11 d'azote ; 100 grammes d'urine traités par l'acide chlorhydrique précipitaient de 0gr,10 à 1gr,80 d'acide hippurique.

L'urine n° 2 avait pour densité 1,011; 100 gr. de cette même urine fournissaient 1gr,75 de matières sèches, 0gr,57 de cendres, 0gr,33 d'azote, des traces d'acide hippurique 0gr,024,0/0, et pas d'acide urique.

L'analyse comparative des cendres montra que l'urine du n° 1 contenait plus de carbonates et de sulfates, et celle du n° 2 plus de phosphates. Ces résultats ne sont qu'une confirmation nouvelle des faits annoncés par Henneberg, Sthomann, Groaven, etc. E. HARDY.

Ueber die Zusammensetzung des Wollfetts (Sur la composition du suint), par Ernst SCHULZE. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin.* 5e *année, n°* 20, *p.* 1075, 1873.)

Hartmann avait déjà constaté dans le suint la présence de la cholestérine et l'absence de la glycérine (*Inaug. Diss. Göttingen*, 1868). E. Schulze a confirmé cette observation. Il chauffe à 100° dans des vases clos un mélange de suint et de potasse alcoolique ; après avoir ouvert le tube et chassé l'alcool par l'évaporation, il ajoute de l'eau et de l'éther; il obtient deux couches superposées, l'inférieure contenant les acides gras à l'état de sels alcalins, la couche supérieure donnant après évaporation des cristaux de cholestérine et une masse amorphe.

L'auteur parvint encore à séparer ces deux substances en se servant du moyen suivant employé autrefois par M. Berthelot : il chauffe le mélange des deux substances avec de l'acide benzoïque, il obtient l'éther benzoïque de la cholestérine et l'éther benzoïque d'un autre alcool, il les sépare l'un de l'autre par leur différence de solubilité; ce dernier éther, décomposé par la potasse, fournit un alcool cristallisé.

E. HARDY.

Ueber das Verhalten einiger Alkaloide gegen Zucker und Schwefelsaüre (Sur les réactions de quelques alcaloïdes en présence du sucre et de l'acide sulfurique), par SCHNEIDER. (*Annalen der Physik und Chemie, von Poggendorff, t. CXLVII, n° 9, p.* 128, 1872.)

Schultze avait observé, qu'en présence du sucre et de l'acide sulfurique, les matières protéiques d'origine soit animale, soit végétale donnent une coloration violet foncé.

Schneider a également reconnu que divers alcaloïdes présentent une réaction semblable. Un milligramme d'acide sulfurique concentré, placé sur une soucoupe avec un milligramme de morphine ou d'un sel de morphine, et 8 à 9 parties de sucre, donne une coloration rouge pourpre, laquelle après quelque temps, 1/4 d'heure pour les proportions précédentes, passe au bleu violet, au bleu vert, et finalement au jaune sale.

Avec la codéine on obtient la même réaction, surtout quand l'acide sulfurique est étendu, ou quand on emploie une solution concentrée de sucre, au lieu de sucre en poudre.

L'aconitine, la delphinine, la chélidonine développent également une coloration violette, avec l'acide sulfurique et une solution de sucre. La cholérytrine se comporte de même, mais la teinte produite est terne.

La narcéine et la narcotine ne donnent aucune réaction caractéristique par ce réactif, pas plus que les alcaloïdes du quinquina, la strychnine, la brucine, l'atropine, la colchicine, l'émétine, la picrotoxine.

E. HARDY.

Ueber die Beschaffenheit des im Inselbad, bei Paderborn, zur Inhalation gebrauchen Gases (Sur la composition du gaz employé pour l'inhalation à Inselbad, près Paderborn), par le Dr E. MEYER. (*Journal für praktische Chemie, t. VI, p.* 360. — 1872.)

La source gazeuse d'Ottilienquelle, à Inselbad près Paderborn, est de plus en plus employée en thérapeutique. Analysé déjà plusieurs fois, ce gaz vient d'être étudié de nouveau par E. Meyer dans le but spécial de déterminer si sa composition reste constante aux différentes époques de l'année, et par suite si les médecins peuvent en attendre des effets curatifs toujours identiques. Voici les chiffres trouvés :

1872.	11 août.	31 août.	1er sept.	Horling et Carius. 1865.	Witting. 1844.
CO^2	2,34	2,54	2,85	2,90	3,0
O	19,20	18,95	18,98	6,74	Traces.
Az	78,46	78,51	76,17	90,36	97,0

Carius ayant aussi analysé l'air des chambres d'inspiration, formé d'un mélange d'air atmosphérique et de gaz de la source, avait constaté une diminution d'oxygène ; mais l'auteur est arrivé à des résultats différents, la moyenne de ses analyses donne $CO^2 = 0$, $0 = 21,00$, $Az = 79,00$ c'est-à-dire sensiblement la composition de l'air ordinaire. E. HARDY.

Le phosphate de chaux dans l'urine des phthisiques, par le Dr de RENZI. (*L'Imparziale, n° 9, Nuova Liguria et Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1872, *n° 34.*)

D'après cet auteur, les urines des phthisiques contiennent un excès de phosphate de chaux provenant de la destruction des matériaux constituant l'organisme. L'observation chimique fait connaître un rapport direct entre la quantité de phosphate de chaux contenue dans l'urine et l'amaigrissement des malades ; de sorte que, à la diminution générale du poids, correspond une augmentation dans l'excrétion du phosphate de chaux dans l'urine. La chimie, en faisant connaître l'excès de phosphate de chaux dans l'urine des phthisiques, démontre la nécessité de réparer cette perte par l'introduction de ce sel dans l'organisme à titre de médicament.

Ce résultat nous paraît important. En effet, si l'on se rappelle que, d'après les expériences de E. Bischoff (*Ueber die Ausscheidung der Phosphorsaüre durch den Thierkörper*, in Zeitschrift für Biologie, III. 8. 309, et *Canstatt's Jahresbericht*, 1867. I, p. 158), les phosphates didiminuent dans l'urine après l'ingestion de matières grasses ou de substances hydrocarbonées, on peut interpréter, suivant nous, au moins d'une manière partielle, les effets de l'huile de foie de morue dans la phthisie.

A. RABUTEAU.

Sur la synthèse des matières organiques douées du pouvoir rotatoire. Production des acides tartriques droit et gauche en partant du gaz oléfiant, par M. JUNGFLEISCH. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LXXVI, page* 286, 3 *février* 1873; *et Bulletin de la Société chimique de Paris, tome XIX, n° 5, p.* 191, *mars* 1873.)

D'après certaines idées émises d'abord par Biot et partagées encore par beaucoup de savants, les substances douées du pouvoir rotatoire ne peuvent être produites que par les organes vivants. Parmi les substances qui jouissent de cette propriété, l'acide tartrique est une des mieux connues depuis les travaux de M. Pasteur. Cet éminent chimiste a montré, en effet, qu'il y a un acide tartrique actif déviant à droite la lumière polarisée, un acide tartrique actif la déviant à gauche, un acide tartrique inactif ou acide racémique résultant de la combinaison des deux premiers, et un acide tartrique inactif ne pouvant se décomposer en acide tartrique droit et en acide tartrique gauche. Perkin et Duppa ont reproduit par synthèse un composé d'acide racémique et d'acide tartrique inactif, à l'aide de l'acide succinique, mais ils ont laissé de l'incertitude sur l'origine de l'acide succinique qui pouvait provenir d'une substance organisée. M. Jungfleisch, en partant d'acide succinique obtenu avec des éléments minéraux, vient de répéter la même expérience et de reproduire de toute pièce l'acide racémique actif, et de constater, par conséquent, que le pouvoir rotatoire n'est pas une propriété caractéristique de la nature vivante, ce qui était probable d'ailleurs, puisque la silice cristallisée, le quartz possède cette propriété au plus haut degré, mais fait qu'il était cependant important de démontrer expérimentalement.

M. Jungfleisch a employé l'acide succinique préparé par une méthode

donnée par Maxwel Simpson, basée sur la transformation de l'éthylène en bibromure d'éthylène, du bibromure d'éthylène en dicyanure d'éthylène, du dicyanure d'éthylène en acide succinique; puis enfin, il a transformé l'acide succinique en acide tartrique inactif et en acide racémique.

L'éthylène, point de départ de ces réactions, peut être obtenu par synthèse à l'aide d'éléments minéraux, comme l'a montré M. Berthelot; l'acide racémique, produit final de la réaction, est identique au même corps d'origine naturelle, et peut, comme ce dernier, se dédoubler en acide tartrique droit et acide tartrique gauche.

E. HARDY.

De l'ammoniaque dans l'urine à l'état de santé et de maladie, par TIDY et WOORDMAN. (*Journal de médecine de Belgique, t. LV, p.* 150, *oct.* 1872.)

Le nombre des cas sur lesquels ont porté les observations des auteurs dépasse 200. Ils ont employé le procédé suivant :

L'urine est mélangée à une suffisante quantité d'eau distillée pour devenir tout à fait incolore. On ajoute de la solution de Nessler en excès, et on compare la teinte obtenue par des quantités connues d'ammoniaque versée dans une masse semblable de liquide et traitée avec la même solution.

La quantité d'ammoniaque extraite normalement est de 10 centigrammes en 24 heures, et non de 50 centigrammes, comme l'admet Neubauer. Elle augmente après le repos, sous l'influence de l'exercice, avec l'usage d'un régime substantiel ou de substances acides. Elle diminue sensiblement après la mort; dans deux cas, elle manquait complétement.

E. HARDY.

Sur l'emploi des liqueurs cupriques pour le dosage des sucres, par M. J. POSSOZ. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXV, p.* 1836, 30 *décembre* 1872.)

Voici les conclusions de l'auteur :

« Les diverses liqueurs cupriques préparées pour le dosage des sucres, laissent toutes précipiter du carbonate du cuivre quand on les traite par les bicarbonates alcalins ou par un courant d'acide carbonique, tandis qu'une autre portion du cuivre reste en dissolution. La portion non précipitable par l'acide carbonique (tartrate de cuivre et de potassium ou de sodium, carbonates alcalins) ne se décompose nullement par du sucre prismatique pur (sucre de canne), en opérant à des températures comprises entre 60 et 95 degrés centigrades, tandis qu'elle est décomposée par le sucre interverti, à ces mêmes températures.

« Cette liqueur, privée d'alcali caustique, n'exerce aucune action sur le sucre de canne (ni sur le sucre interverti qui peut se trouver en excès pendant l'essai); en conséquence, en opérant avec cette liqueur exempte d'alcali caustique, on est à l'abri des causes d'erreurs qui ont attiré l'attention des chimistes. »

E. HARDY.

Chemische Untersuchung der Mineralquellen zu Bad Ems (Recherches chimiques sur les eaux minérales des bains d'Ems), par R. FRESENIUS. (*Journal für prakt. Chemie, t. VI, p.* 53, 1872.)

En 1851, Fresenius fit l'analyse des eaux d'Ems, récemment il en a repris l'étude et a publié un exposé comparatif de la composition des sources.

Das Kränken, source sans odeur, donnant à la main la sensation d'une eau alcaline. Elle fournit 2 litres en 64 secondes. Abandonnée à l'air, l'eau se trouble, le carbonate ferreux se décompose, et il se dépose des phosphate, silicate et hydrate ferrique; plus tard, les bicarbonates terreux se dédoublent à leur tour, et il se forme un dépôt blanc de carbonate ferreux.

Der Fürstenbrunnen, source complétement claire, saveur fraîche, acide, agréable, dégageant de l'acide carbonique par l'agitation à l'air, puis de l'hydrogène sulfuré. Elle fournit 2 litres d'eau en 50 secondes.

Der Kesselbrunnen, source claire, incolore, laissant échapper de l'acide carbonique. Son goût est peu prononcé, son odeur faible à la source, mais elle développe bientôt de l'hydrogène sulfuré.

Die neue Badquelle. L'eau de cette source est puisée par une pompe qui donne 1,500 litres à la minute. Le dégagement de l'acide carbonique est faible avant l'action de la pompe. Agitée à l'air, elle dégage de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré.

L'auteur rapporte avec de grands détails les chiffres trouvés dans ses analyses et les réunit sous forme de tableaux comparatifs.

E. HARDY.

Mémoire sur l'altération des eaux sulfureuse des Eaux-Bonnes au contact d'un air limité, par Louis MARTIN, ingénieur des mines. (*Annales de chimie et de physique, 4e série, tome XXVIII, page* 289, *mars* 1873.)

L'un des problèmes les plus essentiels de l'hydrologie consiste à amener les eaux minérales, et notamment les eaux sulfureuses, sur le lieu d'emploi, sans qu'elles aient subi d'altération. L'auteur étudie les modifications qu'elles éprouvent lorsque cet emploi entraîne l'existence d'un réservoir qui doit être tour à tour plein et vide, et que l'eau sulfureuse subit l'action de l'air atmosphérique en présence d'une quantité d'air limitée; il expose les méthodes d'analyse qu'il a suivies et donne les résultats numériques.

Nous renverrons au mémoire original pour cette partie spéciale et purement chimique, en nous contentant d'en reproduire les conclusions :

1° L'eau sulfureuse des Eaux-Bonnes, admise dans les réservoirs au contact de l'air limité, y subit deux réactions successives : la première consiste dans la transformation rapide du monosulfure de sodium en bisulfure, avec production équivalente de silicate de soude; la seconde est la transformation lente, progressive et toujours partielle, du bisulfure de sodium en hyposulfite de sodium par simple fixation d'oxygène;

2° L'eau des réservoirs contient constamment tout le soufre de la source à l'état de bisulfure et d'hyposulfite; il ne se dégage point d'acide sulfhydrique ; il ne se forme ni sulfite, ni sulfure d'un degré plus élevé que le bisulfure ;

3° La préparation du bain par addition d'eau sulfureuse artificiellement chauffée et désulfurée n'a d'autres résultats que de provoquer une oxydation plus profonde, c'est-à-dire de faire passer à l'état d'hyposulfite une nouvelle proportion de bisulfure de sodium. On peut toujours, en s'aidant de simples observations thermométriques, déterminer à l'aide de la sulfhydrométrie la composition réelle du bain, c'est-à-dire les poids de sulfure et d'hyposulfite qu'il contient. Le bain exposé à l'air s'altère d'ailleurs plus facilement que l'eau du réservoir ; les sels sulfureux passent généralement à l'état de bisulfite de sodium; il est entièrement désulfuré au bout de deux heures ;

4° Les eaux des Eaux-Bonnes présentent cette particularité singulière que le silicate y existe en proportions définies par rapport au sulfure de sodium, à savoir : deux équivalents de silice pour un équivalent de sulfure; ainsi le silicate qui se forme est un quadrisilicate;

5° Deux stations thermales des Pyrénées présentent la même relation; ce sont Saint-Sauveur et Cauterets. Mais tandis qne la silice est à l'état libre dans l'eau des Eaux-Bonnes, elle est à l'état de silicates dans les eaux de Saint-Sauveur et de Cauterets ;

6° A cette différence d'état chimique se rattache une différence essentielle dans le mode d'altération au contact d'un air limité. En discutant les résultats d'analyse de MM. Filhol et Réveil, on peut s'assurer que l'eau du réservoir contient un mélange de monosulfure et d'hyposulfite de sodium représentant le soufre total du griffon.

On voit par là combien la composition des bains sulfureux est différente à Cauterets et aux Eaux-Bonnes, bien qu'ils soient préparés avec des eaux qui contiennent des quantités de sulfure de sodium peu différentes.

E. HARDY.

Ueber eine neue Art von Harnsteinen des Ochsen, lithursaures Magnium (Sur une nouvelle espèce de calcul trouvé chez le bœuf, le lithurate de magnésium), par GIORNO ROSTER. (*Annalen der Chemie und Pharm., tome CLXV, p.* 104, 1873, *et Annales de chimie et de physique, tome XXVIII, page* 279, 4e *série.*)

L'auteur trouva dans l'urine des bœufs, *bos taurus*, des concrétions particulières, différentes par leur aspect des calculs habituels des herbivores. Ces concrétions dont la plus volumineuse pesait 1 gramme et avait 25 mm. de long sur 8 mm. de large, sont très-légères, jaune-verdâtre, d'une structure cristalline qui rappelle celle de l'acide hippurique. Elles forment avec le magnésium une combinaison soluble dans l'eau bouillante qui par le refroidissement se dépose en cristaux blancs de neige, soyeux, appartenant au système clinorhombique, insolubles dans l'alcool et l'éther, et dégageant par la combustion l'odeur du sucre brûlé. Ces cristaux ont fourni à l'analyse des chiffres qui s'accordent avec les deux formules suivantes $C^{29} H^{36} Az^{2} Mg O^{17}$ et $C^{30} H^{36} Az^{2} Mg O^{18}$, entre lesquelles l'auteur

ne se prononce point. Il donne à cet acide le nom d'acide lithurique, et au calcul celui de lithurate de magnésium. E. HARDY.

Analyse d'un calcul salivaire de l'homme, par M. BLAS. *(Journal de pharmacie et de chimie*, 1873, *t. XVII, p.* 215, d'après le *Journal d'Anvers.*)

Ce serait la première fois qu'on trouve dans un calcul salivaire la présence du carbonate de magnésie, de la graisse et de l'acide urique.

A. R.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas notée sont de* 1873.)

Lehrbuch der theoretischen und praktischen Chemie für Aerzte, Thierärzte und Apotheker, von prof. FESER. 2e partie. — Berlin.

Die Anwendung des Spectralapparates zur Photometrie der Absorptionsspectren und zur quantitativen chemischen Analyse. Mit 6 lithogr. Tfln. prof. VIERORDT. — Tubingue, 1872.

Historia y juicio critico della dialisis considerata como procedimiento analitico. — De la dialyse considérée comme procédé d'analyse, par LOPEZ DE LA VEGA. (*Anfiteatro anatom. esp. Madrid, janv.*)

Analyse des gaz du sang. — Comparaison des principaux procédés, nouveaux perfectionnements, par ESTOR et SAINT-PIERRE. — Montpellier.

Briefliche Mittheilungen zur Milch-Analyse (Sur l'analyse du lait), par Alexandre MULLER. (*Zeitschrift für analytische Chemie*, t. IX, p. 285, 3e fascicule. 1872.)

Dosage de l'acide carbonique dans les carbonates et dosage de l'urée. Nouveaux appareils, par HÉTET (de Brest). (*Arch. de méd. navale*, n° 3.)

Zur Frage der Ausscheidung freier Saüren durch den Harn (Sur l'élimination des acides libres par l'urine), par Carl GAETHGENS. (*Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften*, p. 835, 1872.)

Uber das Excretin. HINTERBERGER. — Vienne.

Histoire générale des matières albuminoïdes. G. BOUCHARDAT. — Paris. (*Th. agrég.*)

Des matières amylacées et sucrées, leur rôle dans l'économie. H. BYASSON. Paris. (*Th. agrég.*)

Studien über die Cholsäure (Études sur l'acide cholique). Dr BAUMSTARK. (*Berlin. klin. Woekens*, n° 4, p. 41.)

Ueber die « scharfen » Stoffe (Sur les matières « âcres »), par le professeur Buchheim. (*Archiv der Heilkunde*, 1re livr.)

Cette étude, commencée dans la 1re livr. 1872 du même journal, a pour objet l'analyse chimique des substances suivantes : Huile de ricin, huile de croton, poivre d'Espagne ou capsicum, amomum granum Paradisi Afzelius, cardol (matière contenue dans le fruit de l'anacardium occidentale, L.), le sumac vénéneux et le radix pimpinellæ.

Ueber Loslichkeits-Bestimmungen in Allgemeinen, und über die Loslichkeit von Cinchonin in Alkohol, Chloroform und von beide in Besonderen. (Sur la solubilité de la cinchonine dans l'alcool, le chloroforme, et le mélange de ces deux substances), par C. Oudemans. (*Zeitschrift für analytische Chemie*, t. IX, p. 287, 3e fascicule.)

Zur Kentniss d. Nicotins, Weidel. — Vienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ANALYSES.

Inflammation étudiée sur la cornée.

On suppuration in the cornea (Sur la suppuration de la cornée), par PURSER. (*The Dublin Journal of med. sc., novembre* 1872.)

Axel Key et Wallis ont publié dernièrement (*Rev. des sc. méd.* n° 1, p. 94), des recherches qui paraissent confirmer la théorie de Cohnheim sur la sortie des globules blancs dans l'inflammation. Purser, après avoir répété les expériences de ces observateurs arrive à des résultats un peu différents et s'éloigne de leur manière de voir sur plusieurs points.

Pour lui, la formation des vacuoles est loin d'être constante et les modifications qui se passent dans les cellules ne lui ont pas paru commencer toujours par le noyau. Il a vu les cellules pâlir, devenir de plus en plus claires et le réseau formé par leurs prolongements disparaître graduellement ainsi que l'ont indiqué Axel Key et Wallis ; mais souvent, à une époque où le protoplasma de la cellule avait presque entièrement disparu, le noyau persistait encore avec ses caractères normaux ; puis il disparaissait à son tour de la même façon, c'est-à-dire en devenant de plus en plus transparent ; en même temps, des stries onduleuses se forment dans la substance intercellulaire.

Ces modifications des cellules se sont toujours présentées au voisinage de l'escharre, dans une étendue variable comme celle de l'escharre elle-même.

Sur des grenouilles de printemps, voici ce que l'on pouvait constater de 1 à 3 jours après la cautérisation :

Au centre, une *escharre* brune ; en dehors de celle-ci, une *zone de cellules dégénérées* dont on retrouve les vestiges sous formes de fragments irréguliers, avec peu ou pas de globules de pus ; plus en dehors, une *zone de prolifération* sur laquelle il est nécessaire d'insister un peu plus. On y trouve, en effet, des éléments nombreux : d'abord des cellules étoilées, tuméfiées et granuleuses (beaucoup plus qu'à l'état normal) et contenant deux ou plusieurs noyaux; puis des globules de pus véritables et, en outre, des noyaux isolés et des masses cellulaires avec un ou plusieurs noyaux et présentant dans leurs formes, plus ou moins irrégulières, toutes les variétés intermédiaires entre les cellules normales de la cornée et les globules de pus. Ces globules de pus, formant en général l'élément prédominant, s'étaient substitués aux éléments normaux, mais n'étaient point venus s'y ajouter. Sur plusieurs points, en effet, ces éléments normaux étaient en très-petit nombre, et même sur quelques préparations, malgré l'emploi de forts grossissements (obj. à immersion n° 7 de Nachet, n° 9 de Hartnack) Purser n'a pu les retrouver. Du reste, d'une façon générale, le nombre des corpuscules étoilés normaux était en rapport inverse avec celui des globules de pus et des formes intermédiaires.

En dehors de cette zone de prolifération, le tissu cornéen présentait à peu près les caractères de l'état normal. Il y avait, du reste, à ce point de vue, de grandes variétés; car sur les cornées petites, par exemple, la zone de destruction s'étendait presque jusqu'au bord de la cornée.

Lorsque la suppuration résultait du passage d'un fil dans le globe oculaire, on ne voyait en aucun point de modifications destructives des cellules; la prolifération commençant au bord se propageait vers le centre, mais, dans ce cas comme dans l'autre, à mesure qu'apparaissaient les globules de pus, les cellules normales disparaissaient.

Ainsi, dit Purser, la proportion inverse des cellules normales et des globules de pus, l'existence des formes intermédiaires et le fait que la suppuration commence et est plus abondante au voisinage du point irrité, toutes ces raisons me paraissent démontrer que le pus s'est surtout formé là où on le trouve et qu'il dérive des cellules; mais on ne peut nier que quelques globules de pus ne viennent du dehors. La proportion de ceux-ci est, en tout cas, peu considérable.

En décrivant les cellules de la cornée enflammée, Axel Key et Wallis ont dit qu'elles présentaient un volume très-variable (de 1 à 10) et qu'on y trouvait de 1 à 12 noyaux. Je ne crois pas, dit Purser, que les globules blancs du sang puissent jamais présenter de telles variétés. Et au lieu de supposer que ces masses résultent

d'une sorte d'hypertrophie ou de la réunion de plusieurs cellules, il est beaucoup plus naturel de penser qu'elles dérivent des cellules de la cornée de la manière qu'a indiquée Stricker.

D'après Key et Wallis, l'existence des mouvements actifs et des phénomènes de migration serait une preuve que ces masses proviennent des vaisseaux. Mais on ne peut faire un élément de diagnostic d'un caractère qui est soumis à tant de causes de variation.

La présence de particules colorées dans les cellules après l'injection de vermillon ou d'aniline dans le torrent circulatoire, n'est pas une preuve meilleure, car Stricker a vu dans les cellules ramifiées des granulations d'aniline.

De tout ce qui précède, il résulte, comme le reconnaît Purser lui-même, que la question de la prolifération cellulaire, qui domine toute la pathologie, est encore bien loin d'une solution satisfaisante.

A. SEVESTRE.

Beitrage zur Lehre von der Keratitis (Contribution à l'étude de la kératite), par le Dr S. TALMA. (*Archiv für Ophthalmologie, XVIIIe vol., 2e partie, Berlin,* 1872.)

Dans le travail dont nous donnons l'analyse, l'auteur a eu pour but de rechercher quelle était l'origine des globules purulents dans la kératite traumatique.

Les globules de pus de la cornée enflammée sont-ils simplement des globules blancs du sang, ou sont-ils formés aux dépens des corpuscules *fixes* de cette membrane? Telle est la question qu'il s'est efforcé de résoudre. L'on sait tout l'intérêt qui s'attache à ces recherches au point de vue de l'histologie générale normale et pathologique. Aussi les travaux publiés sur ce sujet sont-ils fort nombreux, mais malheureusement fort contradictoires.

L'auteur croit avoir trouvé la solution définitive de ce difficile problème. Voici, en résumé, les expériences et les arguments sur lesquels il s'appuie. — En irritant le *centre* de la cornée, l'opacité qui survient consécutivement commence à se montrer tout d'abord sur le *pourtour de la périphérie*, pour s'étendre de là progressivement vers le centre. — La cornée ainsi irritée, est détachée et plongée dans une *solution sucrée concentrée* à 71/2 p.0/0. Si, après avoir été traitée par ce réactif, on l'examine au microscope, on y trouve constamment deux formes de cellules différant très-nettement entre elles. Les unes (globules de pus) sont devenues sphériques et réfractent fortement la lumière, les autres (corpuscules fixes) sont aplaties, pâles, étoilées. *Entre ces deux éléments ayant des caractères propres, tout à fait opposés, on n'en trouve aucun autre qui ait un caractère intermédiaire et qui puisse être considéré comme la transition de l'un à l'autre.*

En traitant une cornée enflammée par le chlorure d'or, on arrive

bien, il est vrai, à trouver des formes transitoires entre les corpuscules fixes de la cornée et les globules de pus, mais ce résultat n'infirme pas le précédent.

Il n'y a rien d'extraordinaire, en effet, à voir un réactif (chlorure d'or), agissant sur deux sortes de cellules tout à fait différentes, donner naissance à des produits présentant un caractère intermédiaire. Tandis qu'il est difficile d'admettre qu'un réactif (solution sucrée) puisse transformer en *deux éléments ayant des caractères tout à fait distincts* des cellules de *même nature* en voie de métamorphose. CH. ABADIE.

Studien über Entzündung der Froschcornea (Études sur l'inflammation de la cornée de la grenouille), par R. v. PFUNGEN. (*Striker's medizin. Jahrbücher*, 1873, *p.* 80-95.)

On sait qu'un des principaux arguments que Cohnheim, dans ses expériences sur l'inflammation de la cornée, invoque à l'appui de l'origine hématique du pus, c'est la persistance de la forme normale et inaltérée des *cellules fixes* de la cornée enflammée et infiltrée de pus. D'où cette conclusion que les globules de pus ne résultent pas de la prolifération des cellules de la cornée.

Les expériences de v. Pfungen ont été instituées au laboratoire et sous la direction de Stricker. L'auteur provoquait l'inflammation de la cornée d'après le procédé de Cohnheim, en faisant passer au travers un fil de soie.

Les préparations de cornées, ainsi enflammées et traitées par le chlorure d'or, montrèrent *constamment* une prolifération active des cellules fixes de la cornée. Les figures insérées dans ce mémoire marquent les différents stades du processus. Six heures après le traumatisme, on voit les cellules fixes de la cornée montrer des prolongements en forme de massue, qui s'anastomosent avec les prolongements analogues des cellules voisines. Plusieurs de ces prolongements ne tiennent plus au corps de la cellule que par un pédicule très-fin, par une sorte de filament de protoplasma. Le corps de la cellule présente le noyau caractéristique de la cellule cornéenne. Au bout de douze heures environ, le corps de la cellule lui-même s'étrangle et se segmente, ainsi que le noyau qui est remplacé par plusieurs éléments rappelant tout à fait la configuration des globules de pus, sauf leurs dimensions, qui sont très-variables. Ce ne sont donc pas des globules blancs ayant pénétré dans la cellule fixe de la cornée.

Ces faits prouvent donc, contrairement à l'opinion de Cohnheim, que, dans l'inflammation de la cornée, les cellules fixes de cette membrane prolifèrent et qu'elles donnent naissance à des corpuscules nucléaires identiques aux globules de pus.

En traitant des cornées enflammées successivement par une solution au demi-centième de nitrate d'argent, puis par une solution semblable de chlorure d'or (Silber-Goldmethode de Hensen), l'auteur obtint des préparations où les lignes de segmentation des cellules fixes de la cornée étaient des plus nettement dessinées par le dépôt d'argent, sous forme de lignes noires ou brunâtres.

Les mêmes résultats sont fournis par l'examen histologique de cornées enflammées non par un traumatisme, mais à la suite de la section du trijumeau, avec ou sans destruction du ganglion de Gasser. Toujours on constatait manifestement la prolifération des cellules fixes de la cornée.

(Nous nous permettons de rappeler ici que, dans des recherches entreprises en commun avec le docteur Duval, sous la direction du professeur Morel, nous avons, il y a trois ans déjà, signalé *identiquement* les mêmes faits que l'élève de Stricker, c'est-à-dire la prolifération indiscutable des cellules cornéennes dans l'inflammation de cette membrane. (Voy. *Gaz. médic. de Strasbourg*, 1870, juin et juillet.) STRAUS.

Ueber Blasenbildung und Epithelregeneration an der Schwimmhaut des Frosches (De la formation de phlyctènes et de la régénération épithéliale sur la membrane natatoire de la grenouille), par BIESIADECKI. (*Untersuchungen aus dem Krakauer path. anatom. Institut*, 1872, 60-84.)

Les expériences de l'auteur ont été instituées sur la membrane natatoire de la grenouille, où, à l'aide de collodion cantharidé, il produisait une formation circonscrite de phlyctènes. Si l'on ne laisse le collodion que deux heures en place, l'on trouve au-dessous de lui le chorien intact et ne présentant qu'une légère dilatation de ses vaisseaux. Si l'action est plus prolongée, l'on voit survenir une stase plus ou moins prononcée dans les vaisseaux avec tous les phénomènes qui en sont le résultat.

Pour étudier la régénération de l'épithélium, il importe d'enlever complétement toute la partie qui a été soulevée. Quand l'épithélium a été détruit dans toute son épaisseur, l'on voit déjà, au bout de cinq à six heures, dans les tissus, de nombreux leucocytes accolés aux parois des vaisseaux d'où ils sont sortis. On ne tarde pas à voir apparaître sur la surface de nombreuses excroissances filiformes, inégales, qui répondent au sommet des cellules d'exsudat (c'est ainsi que l'auteur appelle les leucocytes sortis des vaisseaux).

En même temps se montre au même point un nouvel accroissement se faisant vers la surface. Ce sont des cellules rondes qui ne tardent pas, en approchant de la surface, à se souder les unes aux autres, formant ainsi un tout dans lequel il est difficile de distin-

guer les noyaux et les contours des cellules. Déjà deux ou trois heures après l'apparition des cellules d'exsudat, tout le bord de la membrane est couvert d'une couche continue que poussent de plus en plus vers la surface de nouvelles cellules.

Ce qui reste de la couche épidermique, quand il en reste, est poussé de la même manière. On trouve ainsi, toujours après vingt-quatre heures, la lacune épithéliale comblée par une accumulation saillante, mamelonnée, partant de la périphérie. Puis, peu à peu, ces couches s'aplatissent et prennent l'aspect épithélial. Sous cette transformation marche conjointement, en débutant par les parties périphériques, l'apparition de cellules de même apparence que celles de la couche muqueuse et contenant du pigment. Ces cellules sont d'origine variable.

Une partie proviennent des cellules pigmentées de l'épithélium voisin.

Une seconde, de la prolifération des cellules pigmentaires tuméfiées du chorien; une troisième enfin, des vaisseaux, par transformation des cellules d'exsudat.

Ces cellules pigmentaires d'origines si diverses prennent toutes, quand elles sont arrivées dans la jeune couche, le caractère épithélial. Dans les cas où il y a eu oblitération vasculaire, la réparation épithéliale ne se fait pas, et ce n'est qu'au bout de huit jours environ qu'a lieu l'élimination de la partie nécrosée.

H. CHOUPPE.

Zur Kenntnis der bacteritischen Mykosen (Étude des maladies dues aux bactéries), par le prof. EBERTH, de Zurich. (*Leipzig*, 1872.)

Ce travail contient quelques études nouvelles sur les bactéries qui, d'après l'auteur, jouent le principal rôle dans la diphthérie, dans certaines affections pulmonaires et cutanées, dans la pustule maligne, et enfin dans le choléra.

Dans la diphthérie, sous quelque forme qu'elle se présente, il y aurait un antagonisme entre la prolifération des bactéries et la multiplication des cellules du pus. C'est ainsi que s'expliquerait le défaut de suppuration et de cicatrisation dans les plaies qui se recouvrent de fausses membranes. Mais ce qui est surtout important à noter et ce qui semble démontré par les expériences d'Eberth, c'est que les bactéries sont les seuls agents de la contagion diphthérique et que, amenées dans le torrent circulatoire, elles donnent lieu à des infarctus tout à fait analogues à ceux de l'infection purulente. Les ulcérations de la diphthérie sont dues presque entièrement aux bactéries; la suppuration ne se produit que lorsque le parasite s'est détaché. Enfin la bactérie de la diphthérite est un

organisme particulier à cette maladie, et les essais d'inoculation faits par Trendelenburg et par Nassiloff ont complétement échoué avec d'autres produits de fermentation. De nouvelles études restent encore à faire pour connaître les caractères distinctifs de cette bactérie.

Sous le titre de *pneumomykosis bacteritica*, l'auteur cite un cas de mort par affection pulmonaire, peu de temps après la naissance. L'enfant dont il s'agit avait été extrait par les fers et se trouvait en état de mort apparente au moment de la naissance. Rappelé d'abord à la vie, il succomba au bout de 32 heures sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une très-grande pâleur et une légère teinte ictérique. Les poumons et le cœur contenaient une grande quantité de bactéries dont les germes, d'après l'auteur, devaient exister dans l'air inspiré.

La *dermatomykosis bacteritica* est une affection cutanée parasitaire commune chez la grenouille et le triton. La peau se recouvre de petits dépôts grisâtres formés par une prolifération des cellules épithéliales entre lesquelles s'introduisent les bactéries dont le nombre est surtout considérable au voisinage des vaisseaux. Eberth a trouvé, dans un cas d'affection cutanée chez l'homme, de petites vésicules contenant des micrococcus ; il considère le dépôt du parasite sur la peau comme le phénomène primitif de la maladie.

Les bactéries de la *pustule maligne* ont déjà été étudiées par *Davaine ;* mais il reste à savoir si ce parasite est le seul agent de la contagion dans cette maladie, ou si, comme le prétend *Sanjon*, l'on y trouve un autre virus infectieux. L'auteur ne décide pas la question d'une manière formelle. Ses expériences ne lui paraissent pas assez concluantes ; mais elles semblent indiquer le transport des contagium par les bactéries qui, dans ce cas, sont tellement petites, qu'on a pu ne pas toujours les constater après l'inoculation.

Restent les *éléments figurés des selles cholériques*. Ici le nom de *bactérie* donné au produit infectant serait hasardé dans l'état actuel de la science. Eberth n'a pas fait d'inoculation ; cependant, malgré l'absence de parasites dans le sang cholérique, il serait disposé à considérer comme éléments propres du choléra des bactéries analogues à celles de la diphthérie et qui se trouvent dans les selles cholériques. La ressemblance qui existe entre des parasites ne lui paraît pas un motif suffisant pour leur refuser des activités spécifiques différentes. KLEIN.

Die diphtherischen Processe, par C. J. EBERTH, de Zürich. (*Centralbl.*, *n°* 8, *p.* 113, 1873.)

Par un grand nombre d'expériences, l'auteur a acquis la conviction que la cornée des lapins devient diphthéritique par l'inocu-

lation de l'une des substances suivantes : dépôts diphthéritiques du pharynx, — produits endocarditiques de l'endocardite primitive pernicieuse, — productions diphthéritiques des plaies, — pus de la phlébite des pyohémiques, — exsudats fibrino-purulents de la péritonite puerpérale, — enfin, sang des nouvelles accouchées mortes de septicémie (*sepsis*) et de diphthérie.

En transportant sur la cornée le pus d'une plaie, qui, à l'œil nu, ne paraît pas être le siége d'un processus diphthéritique, ou bien le contenu purulent d'une veine, même lorsque la phlébite ne s'étend qu'au voisinage immédiat de la plaie, on obtient une diphthérie, bien que le nombre des bactéries sphériques du pus de la veine ou de la plaie soit très-minime.

L'inoculation de l'exsudat fibrino-purulent de la péritonite puerpérale produit une diphthérie de la cornée, même dans les cas où la surface interne de l'utérus ne présente aucun exsudat diphthéritique.

Le sang des accouchées mortes de septicémie (*sepsis*), transporté sur la cornée, détermine une kératite diphthéritique, pour peu que le sang ou le liquide utérin contienne des bactéries, qu'il y ait ou non dans l'utérus un dépôt diphthéritique. Les altérations septiques paraissent dépendre moins des bactéries de la diphthérie que des bactéries de la putréfaction qui se rencontrent dans les mêmes liquides. D'ailleurs, ces bactéries de la putréfaction excitent l'inflammation aussi bien que celles de la diphthérie.

Les unes et les autres, lorsqu'elles se localisent sous forme d'embolies, produisent des abcès.

La pyohémie serait donc le plus souvent une diphthérie. Quelques formes de septico-pyhémie sont des mycoses dues à la combinaison des bactéries diphthéritiques et des bactéries de la putréfraction.

Les bactéries sphériques de la cavité buccale et les micrococcus de la chair, de l'urine ou du sang en putréfaction, peuvent aussi s'inoculer dans la cornée et y déterminer des altérations analogues à celles du processus diphthéritique.

Leur transmission réussit cependant beaucoup plus rarement que celle des organismes de la diphthérie, et les altérations inflammatoires qu'elles causent, ne sont jamais aussi nettes, aussi intenses et étendues que celles de la diphthérie.

Une goutte de sang d'une femme morte d'endométrite diphthéritique produit en moins de temps une affection beaucoup plus forte et plus étendue que des inoculations répétées, faites avec une grande quantité de micrococcus de la putréfaction.

Ces expériences, qui font constater une différence quantitative dans l'action des bactéries de la diphthérie et celles de la putréfaction, prouvent que vraisemblablement ces organismes sont de nature différente.

G. H.

Ueber Entzündung der Hornhaut durch septische Infection (De l'inflammation de la cornée par infection septique), par Th. LEBER. (*Centralbl.*, *n°* 9, 1873, *p.* 129.)

A propos de la communication précédemment analysée d'Eberth, publiée dans le même journal, Leber relate quelques observations semblables.

L'inoculation sur la cornée du lapin, du leptothrix buccalis normal, produit un kérato-hypopyon extrêmement intense qui paraît d'abord localisé au point inoculé et présente une grande tendance à se propager aux autres parties de l'œil. Cette inflammation a une ressemblance frappante avec le kérato-hypopyon de l'homme. Dans un cas où l'inoculation fut faite dans la chambre antérieure, la marche de l'inflammation fut encore plus rapide et l'œil fut détruit par une panophthalmite purulente ; il exhalait une odeur fortement putride.

Au microscope, la substance inoculée se composait d'amas de leptothrix presque pur, sans odeur septique.

Dans la cornée, on constata une infiltration purulente épaisse, réticulée.

Entre les globules de pus, il y avait, en outre, une matière granuleuse; mais il fut impossible de trouver, soit dans la cornée, soit dans le pus de la chambre antérieure, des leptothrix évidents.

L'auteur fait remarquer qu'en réfléchissant à l'impossibilité constatée par plusieurs observateurs, de produire, expérimentalement chez les animaux, les formes de la kératite de l'homme, formes qui se caractérisent par leur grande tendance à l'envahissement, on arrive à conclure que les matières septiques déterminent une irritation beaucoup plus forte sur la cornée que les moyens de cautérisation employés d'ordinaire.

Il est permis de supposer, d'après Leber, que la marche si étonnante de la kératite purulente chez l'homme (*ulcus corneæ serpens de Samisch*), c'est-à-dire l'extension rapide de l'inflammation vers la surface de la cornée, sa tendance à se compliquer d'hypopyon, d'iritis et de choroïdite, reconnaît pour cause une infection septique.

Les cas bien connus surtout de lésions insignifiantes de la cornée, accompagnées d'une affection des voies lacrymales et suivies d'un kérato-hypopyon grave, s'expliqueraient par une infection de la cornée sous l'influence de la décomposition septique de la sécrétion des voies lacrymales. G. H.

Beitræge zur pathologischen Anatomie der Schusswunden (Contributions à l'anatomie pathologique des plaies d'armes à feu), par Edwin KLEBS. (*Leipzig*, 1872.)

Nous mentionnerons seulement la première partie de cet ouvrage. Elle renferme l'exposition de 133 cas d'anatomie pathologique, dans lesquels les lésions les plus variées, produites par des projectiles lancés par la poudre à canon, ont été soumises à l'examen de l'auteur. Ces observations, méthodiquement classées, accompagnées de remarques pratiques et de considérations statistiques, servent de base à ce qui fait l'objet de la seconde partie du mémoire de Klebs; la pathologie générale des plaies par armes à feu.

Klebs s'est d'abord préoccupé *des causes et de l'époque de la mort* dans les cas nombreux qu'il rapporte. Il résulterait de ses constatations que les causes de mort agissent plus promptement dans les cas de blessures de la tête et du tronc, et que leur action paraît, au contraire, retardée à la suite des lésions des extrémités. Quant à ces causes elles-mêmes, elles sont ainsi réparties : *Septicémie aiguë*, 68 cas. — *Septicémie chronique*, 5 cas. — *Tétanos*, 5 cas. — *Hémorrhagies*, 8 cas. — *Paralysie vésicale*, *dyssenterie*, *pourriture d'hôpital*, *dégénérescence amyloïde ;* de chaque, 1 cas. Enfin 11 cas divers où la septicémie a joué un rôle plus ou moins considérable.

Le paragraphe suivant, qui traite du *mode de guérison* à la suite de ces blessures, contient une proposition qui nous paraît contestable : « Les tissus, dit l'auteur, que leur situation profonde ou quelque autre cause préserve contre les influences extérieures, ne présentent pour ainsi dire point de modifications inflammatoires lorsqu'ils ont été traversés par les projectiles; le processus qui les amène à guérison se limite au minimum des phénomènes d'irritation cellulaire. » Klebs a été conduit à cette opinion par l'observation du peu de tendance à la guérison spontanée que présentaient les plaies du poumon, du foie, du cerveau lui-même ; il croit, en effet, avoir reconnu que les solutions de continuité des organes profonds, qu'elles aient été produites par le projectile lui-même ou par des esquilles, n'entraînent point de phénomènes locaux d'inflammation, et que le processus réparateur ne parvient souvent point à en oblitérer le trajet. La raison de ce défaut d'activité réside évidemment bien plutôt dans la nature même des organes lésés, dans le mode de nutrition et de réparation des parenchymes, que dans la situation superficielle ou profonde du tissu malade. La rapidité avec laquelle réagissent le périoste, la moelle des os, le tissu cellulaire profond ôte toute généralité à la règle qu'établit l'auteur, et que l'on ne saurait appliquer qu'aux blessures des viscères.

Du reste, Klebs ne rapporte que les cas malheureux, ceux qui ont été suivis d'autopsie, et où la septicémie le plus souvent était venue entraver la marche des phénomènes réparateurs.

Sous le titre de *maladies des plaies*, Klebs étudie surtout les altérations que l'on y observe dans les complications infectieuses désignées sous le nom de pyohémie et de septicémie. — Il se déclare tout d'abord contre ce qu'on pourrait appeler les dualistes, et envisage ces deux affections comme absolument identiques dans leur pathogénie; les métastases accompagnent, d'après lui, aussi souvent les phénomènes typiques de la septicémie que ceux de l'infection purulente; il n'y aurait donc point lieu de maintenir la distinction sur laquelle Hueter a tant insisté. — Dans les expériences qui ont été faites pour découvrir la cause de ces états morbides, le pus, introduit dans la circulation, a tantôt présenté des propriétés *pyrogènes*, tantôt des propriétés *phlogogènes*, tantôt s'est montré dépourvu de toute action semblable. — Il est manifeste dès lors, dit Klebs, que la cause de l'infection septique n'est pas dans le pus lui-même, mais réside dans une altération de ce liquide. C'est le *microsporon septicum* qui est pour l'auteur l'agent de cette modification. Nous analyserons bientôt avec détail, un mémoire que l'auteur a consacré à l'étude de ce microzyma, considéré dans ses caractères, son développement, son existence propres. Ici Klebs ne s'occupe que de la preuve de son existence au milieu des lésions de la septicémie, et de sa réaction sur l'organisme et les tissus de l'homme.

Cette preuve est donnée par l'examen microscopique des produits de sécrétion des plaies. A l'ambulance de la gare, à Carlsruhe, Klebs y trouva des bactéries, des vibrions, des monades. Ces productions, généralement filiformes, formées par la juxtaposition en séries linéaires de corpuscules que l'on trouve souvent isolés et qui atteignent à peine 1/2 μ. de diamètre, se réunissent rarement en agglomérations considérables. Jamais Klebs n'a pu vérifier l'assertion de Hueter qui soutient avoir trouvé dans le pus septique des vibrions, et dans le pus louable la monas crep.

L'auteur a trouvé le microsporon septicum, non-seulement dans le pus de mauvaise nature, mais encore, bien que fort rarement mêlé au pus de bonne nature; il l'a rencontré dans le liquide des diarrhées colliquatives qui accompagnent la septicémie. Ce qui caractérise la plaie septique c'est moins la présence que le mode de fixation de ces organismes inférieurs dans les tissus eux-mêmes.

Sur les cartilages, par exemple, on voit la surface articulaire se ramollir, présenter des dépressions où se logent des agglomérations de ces sporules; elles envahissent de plus en plus de la surface vers les parties profondes et ne s'arrêtent que dans les points où la pression articulaire s'oppose à leur marche.

Aux surfaces de granulation des plaies, le microsporon se glisse

et se multiplie sous le revêtement fibrineux que l'on nomme la membrane pyogénique. Il pénètre aussi en profondeur, déterminant souvent la nécrose moléculaire, l'ulcération des bourgeons charnus. Les points par lesquels il pénètre sont les culs-de-sac, les angles difficilement accessibles et où sa présence se révèle par le saignement facile de la plaie. Si le foyer purulent avoisine une membrane séreuse, les sporules peuvent traverser l'épaisseur des tissus et la membrane elle-même et déterminer dans sa cavité une suppuration de voisinage par leur pénétration directe dans son intérieur.

L'ulcération des vaisseaux par les amas de microspores est le premier fait de la propagation aux organes profonds. Ce phénomène est la cause des hémorrhagies prémonitoires ou septiques auxquelles on attribue à raison une telle importance pronostique.

Les lymphatiques eux-mêmes se laissent pénétrer par les corpuscules de microsporon. Ceux-ci sont poussés dans leur cavité par les causes qui règlent le cours de la lymphe, qu'ils soient simplement mêlés aux corpuscules de cette humeur, ou qu'ils aient été englobés dans le corps d'une cellule migratrice. C'est par les fentes lymphatiques du tissu conjonctif que le microsporon parvient jusque dans ces vaisseaux. Au fur et à mesure que les spores en remplissent les espaces plasmatiques, on voit les cellules conjonctives disparaître et s'opérer une abondante diapédèse de corpuscules blancs du sang. Quant à leur pénétration dans les lymphatiques par le moyen des globules blancs qui les englobent, Klebs la croit démontrée par l'arrivée dans ces vaisseaux de cellules migratrices venues de la plaie, comme l'indiquent les cristaux d'hématoïdine qu'elles renferment encore, et par l'existence d'éléments semblables qui se sont incorporés un ou plusieurs spores dont la présence est souvent d'une constatation difficile.

Dans les veines elles-mêmes les spores s'accumulent souvent derrière les valvules, déterminent l'inflammation de la tunique interne et une thrombose consécutive. Il n'est point nécessaire que ces veines aient été blessées pour qu'elles deviennent le siége de ces lésions; cela ressort à merveille de ce que l'auteur a dit sur le mode de propagation du microsporon septicum. Ce fait rend compte également de ces cas obscurs où l'on ne trouvait point de phlébite autour de la plaie et où des foyers métastatiques nombreux semblaient infirmer la théorie embolique de Virchow.

Les observations de l'auteur expliqueraient aussi la disproportion apparente du nombre des abcès métastatiques et de l'étendue de la lésion initiale.

La perforation la plus minime d'une veine par le microsporon peut admettre dans la circulation un nombre incalculable de spores. Arrivés dans l'artère pulmonaire, quelques-uns s'y fixent, y prolifèrent, et deviennent, par l'altération consécutive de la paroi,

l'origine d'une thrombose et des lésions ultérieures de l'abcès.

Mais, indépendamment des faits où l'infection purulente se manifestait par de nombreux abcès métastatiques des poumons, l'auteur en a vu un certain nombre où des pneumonies étendues d'un tout autre caractère révélaient seules la septicémie. Dans ces cas, où la thrombose des vaisseaux pulmonaires manquait, Klebs a pu retrouver, comme dans les abcès métastatiques, la présence des spores dans les vaisseaux pulmonaires.

Longtemps la pathogénie des abcès métastatiques du foie est restée une question très-insoluble ; il a fallu invoquer pour l'expliquer le passage de fort petits caillots au travers des vaisseaux pulmonaires, ou mieux, l'existence de thromboses et d'embolies secondaires, parties du poumon. Rien de plus facile à saisir pourtant, si l'on s'en rapporte à la théorie de Klebs. Les spores traversent le poumon sans difficulté, et viennent, en nombre variable s'arrêter au foie. Elles se multiplient là dans les branches de la veine porte, envahissent en remontant pour ainsi dire suivant la direction des vaisseaux, détruisent d'abord les cellules glandulaires, puis les parois vasculaires elles-mêmes, et finissent par substituer leurs agglomérations au tissu normal de l'organe. Klebs appuie le résultat de ces recherches microscopiques des considérations suivantes : dans les abcès du foie qui succèdent à la pyohémie, un lobule se prend avant les autres, et, même à l'œil nu, on voit la lésion gagner les lobules voisins en cheminant le long des ramifications de la veine porte. Le foyer a d'abord une coloration grisâtre, et ce n'est que bien après que la suppuration s'y déclare et y devient évidente.

Klebs eut l'idée de rechercher ces mêmes altérations dans quelques affections où l'existence d'une plaie ouverte à l'extérieur faisait défaut, mais qui se signalaient par un haut caractère de septicité. Il ne put trouver de spores dans les cas nombreux de méningite cérébro-spinale dont il fit l'autopsie ; mais il fut plus heureux dans ceux d'ostéomyélite suppurée. Il en conclut que plusieurs affections inflammatoires internes sont étroitement apparentées à la septicémie et sont produites par la même mycose. Les germes de bactéries, de monades, de spores qui circulent en très-petit nombre dans notre appareil vasculaire à l'état normal, ne demandent que l'apparition de conditions pathologiques déterminées pour se développer et apparaître avec les caractères qu'on leur connaît. L'obscurité la plus complète enveloppe encore les causes et les circonstances de cette évolution.

Nous n'avons que bien peu de choses à ajouter sur le dernier paragraphe de ce travail, où l'auteur traite des hémorrhagies consécutives aux plaies par coup de feu. Les recherches sur les plaies des artères méritent néanmoins une mention spéciale. Il a trouvé, dans un certain nombre de ces cas où la circulation avait persisté

dans le vaisseau blessé, que la lumière du vaisseau n'était rétrécie par aucun thrombus. De cette circonstance, qui expliquerait la fréquence des hémorrhagies dans ces cas, résulterait l'indication formelle de déterminer une coagulation intra-vasculaire.

PAUL BERGER.

Ueber die feineren Vorgänge bei der Heilung per primam intentionen an der Sehne (Sur le processus de la guérison par première intention des plaies tendineuses), par le Dr Paul GUTERBOCK, à Berlin. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, *LI*, *livr.* 3.)

Guterbock, qui n'admet pas la structure des tendons telle que Ranvier l'a donnée, avec ses cellules enroulées pour former un canal endothélial, mais bien l'ancienne structure avec faisceaux conjonctifs et des cellules fusiformes, a fait ses observations sur le tendon d'Achille de rats blancs encore jeunes. A l'aide d'une pointe fine, l'observateur fait au tendon une piqûre sous-cutanée, et fait ensuite des préparations histologiques à l'aide du chlorure d'or à 1/2 0/0 qu'il laisse agir environ une demi-heure sur la partie tendineuse qu'il vient d'enlever.

Avec ce procédé, lorsqu'on examine la blessure une demi-heure après l'avoir faite, on trouve que la plaie a pris la disposition d'un entonnoir comblé en grande partie par une petite quantité de sang épanché, et par un lambeau de l'enveloppe conjonctive du tendon. Au voisinage de la blessure les vaisseaux sont assez vivement injectés, et les lymphatiques de l'enveloppe conjective montrent quelquefois un gonflement de leurs cellules endothéliales et des noyaux de ces cellules.

Les cellules des faisceaux tendineux sectionnés étaient fort intéressantes à étudier dans leurs diverses modifications. Or, 24 heures après la blessure, à son voisinage immédiat, elles n'offraient aucune altération appréciable, et ne rappelaient en rien des cellules irritées ou enflammées. Quelquefois cependant, on trouvait dans leurs noyaux deux ou trois corpuscules brillants, et la cellule paraissait plus vivement colorée. A ce même moment, la petite plaie était en grande partie comblée par un fragment de l'enveloppe conjonctive et en réalité « l'exsudat plastique se réduisait à fort peu de chose. Quelquefois cependant on peut rencontrer entre les lèvres de la plaie un exsudat semé de jeunes cellules, et l'enveloppe au niveau de la blessure offre les traces d'une inflammation avec néoformation embryonnaire.

En somme, d'après Guterbock, les cellules propres du tendon ne prennent aucune part à la cicatrisation d'une plaie incomplète, et

le tissu cellulaire lâche qui forme l'enveloppe tendineuse joue le rôle important.

Au bout de 72 heures les bords de la plaie sont déjà adhérents; à la première semaine la cicatrice est extrêmement solide ; au bout d'un mois elle est devenue tout à fait linéaire ; et cette cicatrice est formée aux dépens des cellules nouvelles fournies par l'enveloppe conjonctive.

Ce travail de Guterbock soulève encore une fois cette question si controversée de la part que prennent les cellules propres des organes à l'inflammation et à la cicatrisation. On voit qu'ici la réponse est négative; mais nous croyons que le tissu expérimenté, le mode d'expérimentation, et surtout le mode d'étude histologique peuvent faire varier les résultats du tout au tout, et Guterbock n'est pas toujours d'accord avec lui-même. C'est certainement une des questions les plus complexes et les plus difficiles que celle de la *réaction* des cellules *propres* à l'irritation, et les contradictions des meilleurs observateurs prouvent que nous sommes loin de la solution de ce problème fondamental. J. GRANCHER.

Dégénérescence et régénération des nerfs sectionnés. Notes de M. RANVIER. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 30 *décembre* 1872 *et* 24 *février* 1873.)

M. Ranvier rappelle d'abord ses recherches sur l'*histologie et la physiologie des nerfs* (Archives de physiologie, 1872, p. 129), recherches desquelles il résulte que le tube nerveux est formé de *segments* placés bout à bout, dits *segments interannulaires*, constitués par une *membrane enveloppante* (membre de Schwann), doublée d'une *couche de protoplasma*, avec *noyau lenticulaire* à peu près vers la partie moyenne de la longueur du segment; plus vers le centre, se trouve la gaîne *de myéline* et enfin le *cylindre-axe*.

Quand un nerf a été coupé, on constate successivement dans la *portion périphérique :* que les noyaux des segments interannulaires se gonflent; que le protoplasma augmente et forme des amas qui dépriment la gaîne de myéline. Bientôt (72 heures) le noyau et le protoplasma gonflés refoulent la myéline, la réduisent à un filament très-mince, et même la segmentent. Déjà vers le 3e jour le *cylindre-axe se trouve ainsi coupé* au niveau de chaque noyau. Au 6e jour la myéline est réduite en petits fragments, le protoplasma, devenu très-abontant, contient des granulations graisseuses, et les *noyaux sont multipliés*. Enfin au 20e jour les fragments de la myéline constituent par places des amas fusiformes, séparés les uns des autres par des filaments parfois très-grêles,

dans l'intérieur desquels apparaissent des noyaux ovalaires : ces filaments sont formés par la gaîne de Schwann revenue sur elle-même. — Dans la portion centrale, au contraire, la myéline, au lieu d'être séparée en segments par un accroissement du noyau et du protoplasma, subit une décomposition en granulations fines qui forment des masses ovalaires. Il est vrai que le protoplasma augmente, que les noyaux se multiplient, mais ils s'aplatissent et ne viennent jamais atteindre et segmenter le cylindre-axe qui reste intact jusqu'au niveau de la section du tube nerveux, et par suite conserve, pour toute son étendue, ses relations avec les centres nerveux.

— Étudiant ensuite la *régénération* de ces tubes nerveux, M. Ranvier observe dans l'intérieur des fibres nerveuses dégénérées l'apparition de un ou deux tubes, ainsi que l'avaient déjà décrit Remak et Neumann ; mais ces tubes sont de *nouvelle formation*, car ils possèdent chacun une membrane de Schwann propre et bien caractérisée par l'existence des étranglements annulaires et des noyaux qui occupent le milieu des segments. Outre ces tubes nouveaux, qui se forment dans l'intérieur des anciens, il en apparaît aussi entre ceux-ci. Dans tous les cas, les tubes nouveaux semblent se former d'abord comme tubes sans myéline (fibres de Remak) et se charger ensuite de myéline. Ces phénomènes s'observent dans le bout périphérique du nerf sectionné. — Ce bout phériphérique est uni au bout central par un *filament cicatriciel* constitué par une quantité innombrable de petits tubes nerveux de formation nouvelle, presque tous sans myéline. — Enfin le bourgeon qui se trouve, on le sait, à l'extrémité du bout central, présente un phénomène tout particulier : de quelques-uns des gros tubes nerveux non dégénérés du bout central et au niveau du dernier étranglement annulaire de ce tube, naissent un plus ou moins grand nombre de fibres nerveuses de nouvelle formation, qui constituent un petit faisceau nerveux ayant aussi son origine dans un seul tube. L'enveloppe de ce petit faisceau est la membrane de Schwann de l'ancien tube conservé.

M. Ranvier pense donc que le cylindre-axe du tube ancien qui, dans l'extrémité centrale, est conservé et présente même dans les jours consécutifs à la section une hypertrophie bien marquée, est le point de départ de la néoformation des fibres nerveuses. Les jeunes fibres qui se forment ainsi en grand nombre, groupées en faisceaux, constitueraient le filament cicatriciel qui réunit les deux bouts et, très-probablement, elles pénétreraient dans le bout inférieur pour s'insinuer soit dans les anciennes fibres dégénérées, soit dans le tissu conjonctif qui les sépare.

MATHIAS DUVAL.

The newly discovered hæmatozoon inhabiting human blood (Hématozoaire nouvellement découvert dans le sang humain), par E. LEWIS et D. CUNNINGHAM. (*Lancet*, 21 *décembre* 1872 *et* 11 *janvier* 1873).

Ces deux médecins militaires de l'armée anglaise dans l'Inde ont trouvé dans le sang et l'urine de certains malades un ver qui n'avait pas encore été vu jusqu'ici. Ce n'est plus ici une petite partie du réseau vasculaire mais le réseau entier qui se trouve envahi par de petits vers de $\frac{1}{75}$ de pouce de long et $\frac{1}{3500}$ de large. On peut les obtenir pendant la vie, comme les auteurs, par la piqûre des extrémités des doigts et des orteils. Ils proposent pour ces vers la dénomination de filaires du sang humain. Quand on les examine, on les voit se mouvoir dans tous les sens avec rapidité et continuité, écartant les globules du sang et s'insinuant entre eux. Ils sont transparents, présentant à l'union du milieu du corps avec la moitié inférieure une agrégation de granulations. Une petite tache claire à la partie la plus épaisse est probablement la place de la bouche. Les mouvements peuvent durer de 6 à 30 heures. A la fin de leur existence, ils se meuvent avec lenteur, la transparence de leur corps disparaît pour laisser place à des granulations. L'enveloppe est très-fine, close aux deux bouts, et le ver se raccourcit et s'allonge assez aisément. M. Lewis conclut de sa description que non-seulement il habite le sang, mais encore qu'il ne peut, par suite de sa structure, perforer les tissus. Il a rencontré cet entozoaire dans l'urine d'un malade fort émacié et qui pissait depuis 2 ans de l'urine chyleuse, accompagnée d'hématurie. Puis il eut occasion de les rencontrer encore à l'examen du sang d'un indigène qui souffrait de diarrhée. Dans 15 à 20 cas d'urine chyleuse, accompagnée d'hématurie ; chez des femmes surtout, il rencontra ces petits filaires chaque fois. Les malades étaient tantôt des indigènes, tantôt des Européens. Ils furent perdus de vue, sauf un, chez lequel l'urine était normale, mais le sang contenait des hématozoaires.

En s'accumulant dans certains endroits, ces vers peuvent causer une rupture et alors s'épancher avec le sang et la lymphe dans des canaux excréteurs voisins; c'est ce qui explique leur présence dans les urines, par exemple. Ils sont fréquents dans ces contrées tropicales de l'Inde et les auteurs recommandent dans des cas de maladies dont la cause serait obscure de toujours examiner le sang.

Le numéro du 11 janvier donne des figures de ces hématozoaires pendant la vie et après la mort d'un malade qui mourut de diarrhée. On trouva de très-nombreux vers dans la veine rénale, l'artère rénale et dans tout le rein. Les auteurs terminent en faisant prudemment observer qu'il ne faut pourtant pas déduire de leurs observations que, dans tous les cas d'urine chyleuse, on doit admettre d'une manière absolue la présence de ces vers dans le sang.

A. GOUGUENHEIM.

Des ovaires, de leurs anomalies, par Alb. PUECH. (*Montpellier médical*, 1872.)

Cette monographie nous présente une étude complète des *anomalies de l'ovaire*, étude bien digne d'intérêt à une époque où cet organe est universellement reconnu comme le premier moteur de l'économie féminine.

Le premier chapitre est consacré aux *variétés anatomiques*. Après avoir donné des tableaux complets sur le *volume* et le *poids* des ovaires aux différentes périodes de son évolution, l'auteur passe en revue les anomalies correspondantes, *petitesse physiologique, hypertrophie physiologique* (avec une observation curieuse de *grossesse*, probablement *ovarique*); les *variétés de forme* (ovaires *bilobés* accompagnant d'autres anomalies des organes génitaux); *variétés de nombre* (une observation d'un cas où existaient *trois* ovaires, un gros à droite, *deux petits à gauche, contenus chacun dans une duplicature particulière du péritoine*).

Le second chapitre traite des *déplacements congénitaux* ou *ectopies* des ovaires. — Quelques considérations d'anatomie et de physiologie normale nous font assister aux *migrations* de l'ovaire, depuis la région lombaire, lieu de sa formation, jusqu'à l'entrée du petit bassin, qui forme sa dernière station, mais d'où il remonte pendant la grossesse, pour suivre l'utérus dans son développement. Nous trouvons des *ectopies* qui correspondent à toutes les périodes de ces diverses migrations, et notamment des *ectopies lombaires* (deux observations); puis des ectopies sans rapport avec les migrations physiologiques — *ectopies inguinales, hernies des ovaires, ectopies crurales, ombilicales, ischiatiques*. Les cas d'*ectopies inguinales* sont surtout intéressants. M. Puech a précieusement recueilli toutes les observations que la science possède sur ce sujet: on lira surtout avec intérêt les quelques observations de *grossesses ovariques siégeant dans l'ovaire hernié*.

Le troisième chapitre a pour objet l'*état rudimentaire de l'ovaire*, c'est-à-dire l'étude des ovaires demeurés à l'*état embryonnaire*, le plus souvent avec un état infantile de l'utérus et des trompes, et parfois un arrêt général dans le développement du corps (XXIVme observation), coïncidant parfois avec une disposition normale de l'appareil génital (XXVe observ.), et même avec les tendances les plus irrésistibles aux rapprochements sexuels.

Enfin un quatrième chapitre passe en revue les cas bien authentiques d'*absence des ovaires : absence unilatérale*, anomalie rare qui s'accompagne d'ordinaire de l'absence de la trompe, du ligament large, du ligament rond, et même *du rein du même côté ;* le reste des organes génitaux est bien conformé dans ces cas. L'existence d'un seul ovaire ne met pas même obstacle aux *grossesses multiples* : M. Puech donne l'observation fort intéressante d'une femme, qui,

malgré l'absence de l'un des ovaires, mit au monde dans une même couche un garçon et une fille. On sait que sous le titre *De l'art de procréer les sexes*, Millot a soutenu cette thèse que l'ovaire gauche fournit les filles, et le droit les garçons. Il n'est pas vraisemblable que cette théorie compte encore des partisans ; mais en tout cas l'observation précédente, ainsi que le fait remarquer M. Puech, peut suffire pour la refuter à jamais. — L'étude de l'*absence des deux ovaires* nous présente plusieurs observations importantes au point de vue de l'*hermaphroditisme*, ce point d'organisation humaine qui était autrefois si obscur, et qui est devenu si clair de nos jours, grâce aux recherches embryologiques. C'est ici que M. Puech a montré le plus de soin dans la critique des observations, et dans l'étude des *conséquences physiologiques* de l'anomalie anatomique. Etendant ses recherches jusqu'à l'anatomie comparée, il nous donne une précieuse observation qu'il a recueillie lui-même sur une génisse de trente mois : il s'agit (observ. XXIX) d'une *absence des ovaires avec état rudimentaire des trompes, de l'utérus et du vagin; vulve bien conformée, mais existence de glandes prostates disposées comme chez le mâle.* M. DUVAL.

Ueber Fettherz (Sur le cœur gras), von Dr PONFICK, travail présenté à la Société médicale de Berlin, le 11 décembre 1872. (*Berlin. Klin. Wochens* 1873, *nos* 1,2.)

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut établir deux grandes divisions capitales dans le mode de production de la dégénérescence graisseuse du cœur : la première comprenant les cas, où elle atteint un myocarde déjà malade ; elle reconnaît alors pour cause un obstacle quelconque à la circulation et reste localisée. Au contraire, dans la seconde classe, où l'adipose est généralisée, le myocarde était sain auparavant, et les valvules sont intactes : c'est le cas des maladies infectieuses, des poisons stéatogènes ; c'est aussi dans ce groupe que rentre la dégénérescence graisseuse dite idiopathique qui a servi le plus souvent de type pour les descriptions classiques. Elle se distingue des deux précédentes espèces, par sa marche toujours chronique et par la présence de parties plus malades au sein de la dégénérescence générale uniforme : les muscles papillaires sont le siége de prédilection de ces foyers.

Le but essentiel du travail de M. Ponfick est d'établir que ce dernier groupe lui-même n'est pas homogène, et que sous la dénomination de dégénérescence graisseuse *pure*, *idiopathique*, on comprend deux états complétement distincts, qui n'ont de commun que leur stade final, parce qu'ils aboutissent l'un et l'autre à l'adipose du myocarde. L'auteur distingue ainsi : 1° Le type *sénile* ou

pléthorique (dont on a tenu presque exclusivement compte dans les descriptions), qui, à côté des altérations variées propres à la vieillesse, offre une lésion complexe de tout le système aortique, une endartérite déformante : ici, l'apoplexie cérébrale par embolie, cause prochaine de la mort, n'est qu'une conséquence de la maladie des vaisseaux artériels.

2° Le type *anémique*, dans lequel on ne trouve à l'autopsie d'autres lésions notables (outre l'adipose), qu'une anémie extrême de tous les organes. Cette décoloration des viscères est telle qu'elle a permis à l'auteur de faire, à l'amphithéâtre, le diagnostic : dégénérescence graisseuse, à la simple vue d'un poumon ou d'une anse d'intestin ; il a même pu la reconnaître pendant la vie, à l'extrême pâleur des téguments qui ne se rencontre semblable qu'après les grandes hémorrhagies. Cette forme particulière de dégénérescence se trouve principalement de vingt à quarante ans, et, le plus souvent, il est impossible de rattacher la mort à une lésion appréciable à l'autopsie. Le peu de sang contenu dans les cavités cardiaques est liquide ou récemment coagulé ; il est d'un rouge terne ; les globules blancs paraissent très-nombreux, mais leur augmentation n'est qu'apparente et tient à la diminution considérable du nombre des globules rouges, fait qui explique la coexistence si fréquente des hydropisies. Le type anémique se rencontre chez des femmes qui ont eu des accouchements laborieux ; chez les personnes qui ont eu des maladies aiguës graves (surtout la fièvre typhoïde), des diarrhées chroniques liées à des affections de l'estomac ou de l'intestin, chez celles enfin qui ont eu des hémorrhagies quelconques.

J. B.

Ein Beitrag zur Lehre von der Verbreitung des Epithelialkrebses auf Lymphdrüsen (Contributions à l'étude de la propagation du cancer épithélial aux ganglions lympathiques), par Carl GÜSSENBAUER. (*Archiv für klinische Chirurgie, XIVe vol.*, 3e *fascicule, p.* 561.)

Ce mémoire renferme l'observation et l'autopsie d'un malade atteint d'un cancer de l'œsophage et chez lequel se développa un cancer secondaire d'un ganglion bronchique ; l'examen anatomique des lésions est lui-même suivi de considérations sur le mode de propagation du cancer, et de la discussion des principales opinions qui ont actuellement cours sur ce point.

Nous sommes contraints de passer rapidement sur la partie purement clinique de l'observation dont nous retracerons seulement les principaux traits pour l'intelligence de ce qui va suivre.

Développement rapide, en peu de mois, d'un cancer de l'œsophage, ayant d'abord déterminé une diminution dans le calibre de ce conduit, puis son

oblitération complète. Apparition de phénomènes révélant une propagation à la trachée, et déterminant Billroth à abandonner l'idée qu'il avait d'abord eue de pratiquer l'extirpation de la partie supérieure de l'œsophage. — Œsophagotomie externe suivie de mort, 36 heures après l'opération.

L'examen cadavérique montre l'existence d'un cancer occupant les 5 pouces supérieurs de l'œsophage, ayant envahi le tissu qui le sépare de la trachée, détruit le nerf récurrent et déterminé deux perforations considérables de la trachée.

Une investigation minutieuse fait reconnaître un cordon entouré de tissu cellulaire, long de trois pouces 1/2, large de 1 à 2 lignes, partant de la portion de la tumeur qui est située entre l'œsophage et la trachée, et allant aboutir à un ganglion bronchique induré, mais point encore modifié dans son aspect et ses dimensions.

Voici maintenant les résultats de l'étude microscopique de ces diverses parties.

L'examen immédiat vérifia d'abord le diagnostic du cancer porté sur la tumeur du cou. Il démontra ensuite que le ganglion induré était infiltré de cellules cancéreuses qui pénétraient entre les éléments glandulaires, les refoulaient, et les avaient même entièrement fait disparaître en certains points où l'on ne trouvait, outre ces cellules, que des débris du réticulum et des vaisseaux. — La continuité directe du cancer primitif et du cancer secondaire fut ensuite prouvée par des coupes transversales et longitudinales du cordon qui les unissait. Ces coupes présentaient à tous les niveaux un développement considérable du tissu pathologique mêlé à des fibres musculaires lisses et à d'autres éléments.

Une étude plus approfondie était nécessaire pour déterminer la nature exacte des lésions : 1° dans le cordon de communication qui réunissait le ganglion au cancer primitif; 2° dans le ganglion lui-même. La connaissance exacte de ces lésions devait, en effet, amener l'auteur à poser ses conclusions sur le mode de propagation de la tumeur épithéliale, et sur la marche que suit l'envahissement dans les ganglions eux-mêmes.

Le cordon induré qui faisait communiquer le foyer primitif avec le foyer secondaire présentait deux genres d'infiltration cancéreuse. L'une siégeait dans les parois des vaisseaux sanguins ; l'autre s'était développée dans le tissu qui les environnait.

Les vaisseaux sanguins, en effet, étaient oblitérés par thrombose: cette thrombose était ancienne et ne pouvait être un phénomène de coagulation agonique du sang, car les globules rouges qui distendaient les vaisseaux avaient déjà subi des altérations régressives très-avancées, les globules blancs ayant, au contraire, augmenté de nombre et de dimensions. Cette thrombose n'était pas due à une inflammation, car on ne trouvait ni globules extravasés, ni exsudat périvasculaire. La cause en était dans les modifications profondes survenues dans la texture des capillaires, des artères et des veines, et occupant l'endothélium de tous ces vaisseaux et les tuniques moyenne et adventice des seconds et des troisièmes.

Dans l'endothélium on notait un accroissement et une multiplication des noyaux ; un gonflement du protoplasma environnant qui

prenait des formes bizarres, présentait des prolongements pourvus eux-mêmes de noyaux, et allait jusqu'à oblitérer souvent le calibre du vaisseau. Enfin on trouvait un accroissement numérique en même temps qu'une hypertrophie de ces cellules qui, suivant les points, présentaient tous les degrés intermédiaires entre l'endothélium normal et les vraies cellules de carcinome.

Dans la tunique moyenne et dans l'adventice c'étaient, là, les fibres-cellules, ici, les corps fibroplastiques qui, par des modifications et un processus analogues, devenaient le point de départ de cellules cancéreuses plus ou moins groupées ou isolées, pourvues d'une quantité variable de matière intercellulaire situées dans des alvéoles formés par les restes du tissu normal refoulé et atrophié. Si dans le plus grand nombre des cas la scission des noyaux paraissait le point de départ de la prolifération cancéreuse, parfois l'auteur a cru voir dans les prolongements cellulaires, des noyaux qui reconnaissaient une autre origine.

En résumé, on pouvait saisir dans ces lésions les caractères d'une propagation du cancer primitif par les vaisseaux sanguins, dont tous les éléments cellulaires auraient en quelque sorte fourni un élément à la néoplasie. — Le réseau cancéreux ainsi formé était comme intriqué dans les mailles d'un second réseau cancéreux développé aux dépens des autres éléments du cordon, de son tissu conjonctif et de ses fibres musculaires lisses. Ces dernières étaient si nombreuses, que G. a cru pouvoir admettre qu'elles représentaient le muscle pleuro- (ou broncho-) œsophagien de Hyrtl.

Ce furent ces fibres-cellules qui offrirent à l'examen des phénomènes de prolifération nucléaire, d'hypertrophie, puis de résorption partielle de leur protoplasma, tandis qu'un certain nombre d'entre elles, prenant franchement part aux phénomènes de multiplication, finissaient par former de véritables cellules cancéreuses identiques à celles que l'on trouvait dans les tuniques externe et moyenne des vaisseaux, et à celles qui se développent aux dépens de leur endothélium.

De son côté, l'examen microscopique du ganglion lymphatique présenta à G. plus d'un point intéressant et nouveau. Il put constater que l'envahissement secondaire et l'évolution des cellules cancéreuses étaient plus avancés dans la substance propre de la glande que dans le réseau de trabécules. L'auteur qui n'a trouvé mention de ce fait dans aucun travail moderne, pose d'une façon peut-être trop absolue, à la suite de ce seul cas, la loi de l'envahissement successif du tissu glandulaire d'abord, puis du réticulum conjonctif.

D'accord avec Billroth, et contrairement à ce qui avait été décrit par Virchow et Lœper, G. vit la substance médullaire envahie avant les alvéoles, surtout avant les alvéoles les plus superficiels. Il ne veut pourtant point affirmer que les cordons médullaires soient

tous dégénérés avant que la substance corticale se prenne. La règle, sur ce point, admet des exceptions de détail.

Quant aux éléments pathologiques qui constituaient le tissu nouveau, ils variaient d'aspect et de dimensions, et se composaient tantôt de petites cellules rondes, tantôt de grandes plaques à noyaux multiples, tantôt de tous les intermédiaires que l'on peut ranger entre ces productions si différentes. G. croit que les secondes n'étaient que le résultat d'une évolution plus avancée des premières. Tous les éléments cancéreux étaient groupés par amas serrés et où l'on ne remarquait que fort peu de substance inter-cellulaire.

L'état des vaisseaux dans le ganglion a spécialement attiré l'attention de G. Les sinus lymphatiques ne paraissaient pas participer à la maladie, non plus que les principaux troncs lymphatiques de la glande. Les vaisseaux sanguins, au contraire, étaient le siége de thrombose; quelques-uns d'entre eux avaient laissé transsuder des globules blancs et même des globules rouges à travers leurs parois. — Comme dans les artères et les veines du cordon dont nous avons mentionné les lésions, la tunique adventice, et surtout les fibres cellules de la tunique moyenne avaient fourni à la néoplasie, tandis que l'endothélium de la membrane interne semblait avoir joué un rôle bien moindre dans les phénomènes de prolifération. — Il est inutile d'insister davantage sur ces altérations qui ont été suffisamment décrites.

La multiplication des cellules à pigment est le fait caractéristique qu'a démontré l'examen histologique du ganglion malade.

On sait le temps très-long que ce pigment met à se développer dans les éléments anatomiques qui le renferment. Il est donc absolument impossible que les cellules cancéreuses qui en contiennent, se soient développées autrement qu'aux dépens de celles où il s'est primitivement produit. Celles-ci sont les cellules des parois des capillaires, ou plus souvent des corps étoilés du réticulum conjonctif; le contenu coloré de ces éléments permet donc de reconnaître et de suivre les diverses phases de leur évolution pathologique. G. a pu, par ce moyen, constater les phénomènes de prolifération et de scission ou de bourgeonnement des cellules conjonctives. Il faut remarquer qu'à mesure que les éléments pigmentés augmentent de nombre, leur contenance en matière colorante diminue; ceci prouve une fois de plus que la production du pigment ne marche pas de pair avec la multiplication cellulaire. Poursuivant ses observations, G. a cru reconnaître que le pigment en question n'était autre chose que du pigment sanguin avec ses caractères (forme cristalline et coloration rouge). Sans être absolument affirmatif sur ce point, l'auteur a voulu le signaler et constater qu'il n'avait été encore indiqué par aucun histologiste.

Pour résumer cette longue observation, on ne peut mieux faire

que de reproduire les conclusion où G. en retrace les points principaux : « La propagation du cancer ne fut point due (ou seulement en proportion minime), au transport des éléments cancéreux par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elle reconnut pour cause la néoplasie cellulaire, consistant en une prolifération des éléments normaux du cordon induré du ganglion bronchique. Ces éléments restèrent groupés en longues lèvres continues qui, dans leur évolution, donnèrent naissance aux alvéoles. La néoplasie se fit surtout aux dépens des éléments constituant la paroi des vaisseaux sanguins, ainsi qu'aux dépens des cellules rameuses du tissu connectif et des fibres-cellules. Il faut y joindre les cellules pigmentées du réticulum du ganglion bronchique.

On le voit, G. semble avoir trouvé de nouvelles preuves en faveur de la polymorphie des cellules du carcinome. Il s'élève contre la théorie de Waldeyer, Thiersch, Lücke, qui voient dans la cellule épithéliale l'origine exclusive des proliférations cancéreuses et ajoute son observation à celles de Pagenstecher, Eberth, Arndt et Classen. Son travail est intéressant à ce point de vue ; il l'est davantage encore par les preuves qu'il semble fournir contre l'hypothèse de la propagation du cancer par les lymphatiques. En présence de faits aussi contraires aux idées du plus grand nombre des anatomo-pathologistes, il nous semble qu'il faut imiter la réserve de Billroth qui, dans une note annexée à ce mémoire, laisse à l'auteur la responsabilité de ses interprétations et exprime le vœu que cette observation contribue à provoquer de nouvelles discussions et de nouvelles recherches sur la question de la propagation du carcinome. PAUL BERGER.

Tricœlian human Heart (Cœur humain à trois cavités), par S. MESSENGER BRADLEY. (*Brit. med. Journ.*, 11 *janvier* 1873, *I*, *p.* 33.)

Wilson, Standert, Farre et Ramsbotham ont rapporté des exemples de cœurs humains n'ayant que deux cavités. Mais, d'après Bradley, les cas de cœurs à trois cavités sont tellement rares que Todd (*Cyclopœdia of Ant. and. Phys.*) met en doute leur existence et range les faits de Breschet (*Répert. génér. d'anat.* t. II.) et de Wolff (*Kreisig's die Krankheit. Herz.* B. III) dans la catégorie des cœurs à deux cavités, en raison du développement incomplet de la cloison interauriculaire. La netteté du cas suivant ne laisse rien à désirer. L'observation en a été communiquée à l'auteur par W.O. Jones, de Bowdon.

Un enfant mâle, né le 22 avril 1872, à huit heures du matin, présentait, au moment de la naissance un aspect vigoureux ; mais la respiration était gênée. Il put prendre le sein néanmoins. Vers onze heures du matin, le 23 avril, sa respiration devint plus embarrassée et il ne put téter. Vers deux heures, il

avala un peu d'eau de gruau, et à trois heures il eut un vomissement. Immédiatement après, la peau prit la teinte cyanotique et la suffocation survint. Il vécut cependant jusqu'au milieu de la journée du 24.

L'autopsie fut malheureusement incomplète; le cœur fut enlevé seul, sans les gros vaisseaux. — Il était normal pour le volume, le poids et la situation; mais il offrait seulement *deux oreillettes et un ventricule*. De ce ventricule partait une seule artère qui fournissait d'abord deux branches pulmonaires et qui continuait ensuite son trajet dans la direction normale de l'aorte en donnant les branches habituelles. Ce vaisseau unique qui représentait à la fois l'aorte et l'artère pulmonaire était plus gros que chacune de ces artères isolées, et naissait du bord droit et antérieur du ventricule. Il présentait trois valvules semi-lunaires. Les deux branches pulmonaires naissaient à un demi-pouce de l'orifice cardiaque, au voisinage l'une de l'autre, la gauche, cependant, sur un plan un peu plus élevé que la droite. L'oreillette droite était plus grande que de coutume; la gauche était extrêmement petite. Le trou de Botal était large et ouvert; les veines caves et les veines pulmonaires s'ouvraient à leur place habituelle. *Il n'y avait aucune trace de cloison ventriculaire*; mais la paroi gauche du ventricule unique était deux fois plus épaisse que la paroi droite. La valvule auriculo-ventriculaire communiquait avec l'oreillette droite seule; elle n'était nettement ni bi- ni tricuspide, mais présentait cependant plutôt les caractères de la valvule mitrale.

Deux dessins accompagnent l'observation. Bradley ajoute que cette malformation est un exemple d'arrêt de développement vers la neuvième semaine de la vie intra-utérine. C'est à cette époque, en effet, que l'aorte et l'artère pulmonaire primitivement réunies se séparent, et que se forme la cloison interventriculaire.

Ce fait est à rapprocher de celui de Johnston (*Brit. med. journ.* 28 sept. 1872.) précédemment analysé dans cette Revue, I, p. 167.

E. DELENS.

Anatomische Studien über compensatorische Nierenhypertrophie (Étude anatomique sur l'hypertrophie compensatrice des reins), par le Dr Léopold PERL, médecin assistant à la polyclinique de Berlin. (*Archiv f. pathol. Anat. t. LVI, livraison* 3.)

L'hypertrophie du rein appelé à fonctionner seul par suppression de son congénère est un fait bien connu. Roger, Storch, Heiner, Neureutter, Hertz, Simon, etc., en ont cité des exemples. On s'est borné d'abord à constater le fait sans en demander le *comment?* il faudrait savoir aujourd'hui s'il s'agit là d'une augmentation de volume ou d'une multiplication du nombre des éléments du rein. Y a-t-il hypertrophie ou hyperplasie? Valentin, Rokitansky, Wagner croient à l'hypertrophie; au contraire Simon, Rosenstein, Vogel acceptent l'hyperplasie, tandis que Beckmann se tient sur la réserve.

L'auteur conserve des fragments de rein dans le liquide de Muller et étudie des coupes ou des dissociations faites après 24 heures de macération dans l'acide chlorhydrique officinal.

Dans une première partie Perl étudie les dimensions des éléments des reins adultes.

Poids de 140 *à* 180.

Longueur	12 à 13 1/2 cent.
Largeur	6 » 6 1/2 »
Épaisseur	3 » 3 1/2 »
Diamètre moyen des tubes contournés	50 μ.
Longueur moyenne des cellules épithéliales	19 »
Largeur	17 »
Diamètre des canaux droits	de 45 à 200 »
Longueur moyenne des cellules épithéliales de ces canaux	17 »
Largeur	12 »
Diamètre moyen des canaux de Henle	25 »
Dimension des corpuscules de Malpighi	145 à 225 »

Dans un second paragraphe l'auteur compare les dimensions des éléments des reins aux divers âges, et il arrive à cette conclusion que : *les éléments constitutifs importants du rein n'augmentent que très-peu de volume avec l'âge ; l'accroissement de cet organe se fait surtout par hyperplasie.*

L'auteur étudie enfin les reins qui ont servi à la compensation pour la sécrétion urinaire, et il conclut :

1° L'accroissement compensateur des reins est une véritable hypertrophie ;

2° Cette hypertrophie porte irrégulièrement sur les divers éléments de l'organe selon leur importance dans la fonction de sécrétion ; ainsi les tubes contournés et leur épithélium s'hypertrophient énormément, tandis que les tubes droits et leur épithélium, ainsi que les corpuscules de Malpighi, subissent de faibles modifications ;

3° Une nouvelle formation d'éléments et de vaisseaux est liée probablement à cette hypertrophie.

Comme on le voit, l'auteur accepte les conclusions de Bowmann sur la fonction sécrétoire des conduits tortueux de la zone corticale. Le glomérule de Malpighi ne jouerait qu'un rôle très-secondaire.

Pourquoi l'auteur n'a-t-il pas recherché ce que devient le tissu conjonctif? Il est certain qu'il augmente beaucoup, mais y a-t-il hypertrophie ou hyperplasie de ses faisceaux? C'est là une lacune à combler.

J. GRANCHER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Traité d'histologie pathologique, par le Dr. E. RINDFLEISCH, traduit sur la seconde édition allemande, et annoté par le Dr F. Gross. (*Paris, J. B. Baillière et fils*, 1873.)

Ce livre, qui est arrivé rapidement en Allemagne à une grande notoriété, ne pouvait être consulté en France que par le trop petit nombre de ceux qui lisent l'allemand. M. Gross a donc eu une heureuse pensée en le traduisant et il a, de plus, le mérite d'avoir certainement enrichi l'ouvrage déjà si important de Rindfleisch en y ajoutant un grand nombre d'analyses et d'indications bibliographiques des travaux français. Le traité de Rindfleisch, en effet, contient bien le résumé des études histologiques de l'auteur ; mais il est surtout composé à l'aide des recherches des autres histologistes, et il semble que Rindfleisch ait souvent mis à contribution les travaux français en évitant de les citer. Certes, l'Allemagne a fourni dans ces dernières années un nombre assez important de documents en histologie pathologique pour qu'un traité, même assez complet sur la matière, puisse être composé sans emprunts évidents aux autres pays.

Mais il serait injuste de ne pas reconnaître que, depuis quelques années surtout, la France peut revendiquer une part assez large dans les progrès qui ont été accomplis dans cette science. Aussi faut-il savoir gré à M. Gross de l'avoir démontré, sans altérer d'ailleurs le texte du livre allemand. Déjà dans notre dernier numéro nous avons signalé le traité d'histologie pathologique de MM. Cornil et Ranvier, qui est actuellement en cours de publication et dont le but est le même que celui de l'ouvrage de Rindfleisch. Espérons donc que bientôt nous pourrons nous passer de ces traductions allemandes dont la mode ne peut s'expliquer que par notre pauvreté en ouvrages d'un certain genre.

Le traité de Rindfleisch est un livre d'étude, de laboratoire ; il échappe tout à fait à l'analyse et nous ne discutons même pas le plan tout à fait artificiel suivi par l'auteur. L'ordre adopté pour la commodité des descriptions et pour éviter les redites ne répond à aucun des besoins de la clinique, et l'élève n'apprendra certainement pas dans ce livre l'anatomie pathologique des diverses maladies. C'est essentiellement l'œuvre d'un spécialiste et, même à ce point de vue, on peut reprocher à l'auteur de ne pas avoir fait le moindre effort pour se mettre à la portée des étudiants et leur faciliter, par l'indication de quelques procédés de technique histologique, l'étude si difficile et si pénible de l'histologie pathologique. Ce qui nous paraît surtout digne de remarque, et, ce dont il faut d'ailleurs louer sans restriction Rindfleisch, c'est que sa seconde édition diffère essentiellement de la première.

Quand il s'agit d'une science née pour ainsi dire d'hier, et qui chaque jour peut faire de grands progrès, il faut que les vulgarisateurs qui la résument sous la forme de traités spéciaux, se laissent complétement entraîner par le courant des idées et des découvertes de chaque jour et soient disposés à renouveler et à refondre constamment leur œuvre.

Ainsi, autrefois partisan de la théorie cellulaire, l'auteur a franchement adopté les conséquences, pour la théorie de l'inflammation, de l'émigration des globules blancs. Il en résulte que la partie générale de l'ouvrage est complétement changée, notamment celle qui porte le titre de néoplasie pathologique.

Grâce à cette sorte de rajeunissement et aux excellentes notes du traducteur, ce traité doit être sans hésitation recommandé aux étudiants et aux médecins pour lesquels l'histologie pathologique est devenue certainement, et quoi qu'en puissent dire ceux qui ignorent encore cette science, une des bases fondamentales des études médicales. G. H.

Des phénomènes histologiques de l'inflammation ; essai d'une nouvelle théorie basée sur la considération de la granulation moléculaire, par Joseph GRASSET de Montpellier. (*Gaz. médicale*, 1873, *p.* 3, *etc.*)

Concilier Robin, Virchow, Cohnheim, à l'aide de la « théorie montpelliéraine microzymateuse de Béchamp, » tel est le but que s'est proposé l'auteur.

Ceux qui aiment les brillantes variations théoriques liront peut-être ce travail avec plaisir ; ils y verront que l'unité vitale n'est ni la cellule ni le noyau, mais la granulation moléculaire, le microzyma ; que cette granulation n'est ni graisseuse ni protéique et qu'elle possède probablement un cil qui lui donne le mouvement brownien.

Le microzyma est l'élément embryonnaire irréductible ; c'est lui qui, aggloméré avec plusieurs de ses semblables, forme la masse granuleuse de la cellule, la queue du spermatozoïde ou la simple bactéridie ; c'est lui qui secrète la membrane de cellule ou la substance inter-microzymateuse des fausses membranes ou de la fibrine coagulée. Dans l'élément qui retourne à l'état embryonnaire par inflammation, ce sont les microzymas qui se desagrégent pour former des éléments nouveaux moins tassés, ou même pour arriver à la liberté absolue de la granulation primordiale (tubercules, gomme syph., etc.).

Si les microzymas d'une cellule peuvent agir pour produire des cellules nouvelles, comme une ruche produit des essaims, les microzymas libres dans les blastèmes peuvent aussi se rassembler et constituer des éléments.

Dans le foie, les microzymas libres du sang se groupent pour former les jeunes globules ; aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver moins de fibrine dans les veines sushépatiques, les granulations qui pouvaient la former ayant été employées.

Béchamp, *in vitro* sans doute, a défait et refait les globules rouges en dissociant et réassociant leurs microzymas.

En résumé, le microzyma est à l'élément ce que l'élément est à l'être organisé. S'il en est ainsi, le problème se trouve reculé, mais..... il reste à connaître la vie de ce nouvel individu. L. H. F.

Ueber der sogenannter epithelialen Eiter (Du pus dit épithélial), par A. HELLER. (*Sitzungsber. der physic. med. Societæt zu Erlangen, sept.-oct.* 1872.)

Dans le liquide peu épais des petits foyers purulents de la peau, l'auteur trouva, à côté de nombreux leucocytes, beaucoup d'éléments plus volumineux, d'aspect et de volume très-variables, qui sont manifestement, d'après l'auteur, de nature épithéliale. Ils présentent un protoplasma finement granuleux, et souvent plusieurs noyaux; les plus grands se distinguent par des prolongements en forme de bourgeons pédiculés et présentant, eux aussi, par-ci par-là des noyaux. Cette hypothèse, par suite de laquelle les leucocytes proviennent de ces cellules épithéliales, doit aussi bien, par suite de la différence dans l'aspect de la substance cellulaire et des noyaux des deux formes que par l'absence du manque de formes transitoires, être repoussée. H. CH.

Beitrag zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Lymphgefässe der menschlichen Haut (Contribution à l'anatomie normale et pathologique des vaisseaux lymphatiques de la peau humaine), par BIESIADECKI. (*Untersuchungen aus dem patholog. anatom. Institut zu Krakau. Wien*, 1872 *et Centralblatt* 1873, *p.* 26.)

Outre le réseau vasculaire sanguin distinct des vaisseaux lymphatiques, l'on trouve aussi dans la peau de l'avant-bras et du dos de la verge des vaisseaux sanguins particuliers accompagnant les vaisseaux lymphatiques, savoir : deux rameaux circulant dans la membrane adventice et s'anastomosant l'un avec l'autre par un réseau vasculaire très-riche. Les changements pathologiques des vaisseaux lymphatiques se trouvent dans le chancre induré, où on les trouve fortement élargis et remplis de cellules d'exsudat, et dans la lymphangite chronique. L'oblitération des vaisseaux lymphatiques que l'on observe dans le deuxième cas ne résulte qu'en partie de la coagulation de la fibrine ; elle est constituée, en outre, par un amas épais de lymphe et d'exsudat dans les vaisseaux ; dans d'autres points l'on trouve une végétation framboisée formée par la tunique interne. En même temps, toute la paroi du vaisseau, et surtout la tunique musculaire, est épaissie et rendue plus résistante par une infiltration cellulaire abondante. On a trouvé une structure tout à fait analogue dans une portion de tumeur excisée par Hebra sur la paroi antérieure du thorax d'une jeune fille. L'auteur rapporte en détail l'examen histologique de cette pièce. H. CHOUPPE.

Untersuchungen über die Organisation der Thrombus (Recherches sur l'organisation des thrombus), par DURANTE. (*Wien med. Jahrb.*, 1872, 143-140.)

Dans la ligature des vaisseaux l'inflammation de la tunique interne est souvent tout à fait localisée ; dans d'autres cas elle s'étend plus loin, et

avec elle la coagulation du sang. Déjà quelques jours après, l'endothélium est transformé en une couche épaisse de cellules rondes et allongées entre lesqnelles l'on voit apparaître, après environ une semaine, des vaisseaux capillaires. Ces cellules pénètrent soit concentriquement, soit en rayonnant dans l'épaisseur du caillot; celui-ci, par suite, diminue de plus en plus de volume; les globules rouges se réduisent en pigment, les globules blancs et la fibrine deviennent graisseux et se résorbent. Les cellules rondes issues de l'endartère deviennent fusiformes, se transforment en fibres qui se groupent en faisceaux, et entre lesquels courent les jeunes vaisseaux. Ce processus peut être considérablement hâté en irritant les vaisseaux par exemple avec la teinture d'iode.

La partie de la tunique moyenne comprise entre deux ligatures se détruirait, d'après l'auteur, et l'oblitération aurait lieu par les tuniques moyenne et externe. Dans la destruction des caillots il observe deux phases: 1° la dégénération granulo-graisseuse du thrombus transitoire; 2° le ramollissement suppuratif du thrombus permanent.

H. CH.

Beitrag zur Kentniss des Verhaltens der Lymphdrüsen bei der Resorption von Blutextravasaten (Contribution à l'étude du rôle des ganglions lymphatiques dans la résorption des épanchements sanguins). par le Dr ORTH. (*Archiv., t. LVI, nos 1 et 2, 1er nov. 1872, p. 269-273*).

L'auteur signale la présence de globules sanguins, plus ou moins altérés, remplissant les ganglions lymphatiques inguinaux, au point d'en faire disparaître les éléments propres, à la suite d'un écrasement de la jambe.

H. TH.

Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans; imbécillité. Pneumonie à 28 ans; mort. Synostoses sphéno-basilaire, fronto-pariétales. Épaississement des os du crâne; arrêt de développement du sphénoïde, par M. V. HANOT. (*Bulletin de la soc. anat. de Paris, XLVIIe année* (1872), *2e série, tome XVII, page* 167.)

Après cette présentation, M. Hanot, rappelle que M. Voisin a signalé cet arrêt de développement du sphénoïde chez les idiots (Société d'anthropologie de Paris 1870). Il ajoute que sur le crâne qui a été présenté, il existe en outre une hypertrophie de l'apophyse d'Ingrassias et que M. Lunier a constaté une hypérostose des petites ailes chez les microcéphales.

HENRI HUCHARD.

A pancreas fattily degenerated and calcified from a case of diabetes (Dégénérescence graisseuse et calcification du pancréas chez un diabétique), par SILVER, Pathological Society. (*Lancet*, 21 *décembre* 1872.)

Homme de 35 ans, dont les fèces étaient mêlées avec des matières grasses et qui présenta durant sa vie une diarrhée incoërcible. Le pancréas était

atrophié, gras, et la partie avoisinant le conduit était calcifiée. Rokitanski mentionne seize cas sur trente-trois où le pancréas était comme dans ce cas, petit et gras. A. P.

Vorkommen feinster, eine Eigenbewegung zeigender Fäden im Blute von Recurrenskranken (De la présence d'un filament très-fin, doué d'un mouvement propre, dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente), par le Dr Otto OBERMEIER. (Communication préalable.) *(Centralblatt, n° 10, 1873, p. 145.)*

L'auteur avait déjà, en 1868, remarqué dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente l'existence d'un parasite. La dernière épidémie, qui dure depuis un an à Berlin, lui a fourni l'occasion d'étudier ce point plus exactement. Ce parasite est représenté par des filaments extrêmement fermes, de l'épaisseur d'un filament de fibrine et de la longueur de 1 1/2 à 6 corpuscules rouges. Dans le sang d'un malade atteint de fièvre récurrente on en voit plusieurs dans le champ de la préparation. Aussi longtemps que celle-ci reste fraîche, on remarque dans les filaments des mouvements très-vifs et de deux ordres. C'est d'abord un mouvement d'ondulation du filament lui-même ; et de plus, un mouvement de locomotion qui est tortueux, circulaire ou anguleux, spiroïde. Ces mouvements s'observent pendant 1 ou 2 heures ; et ceux d'ondulation peuvent persister pendant 8 heures. Ils ressemblent à ceux des spermatozoaires ou des spirilles.

Jusqu'à présent l'auteur n'a trouvé les filaments que pendant l'état fébrile, pendant la crise ou peu de temps avant, jamais pendant la rémission. Leur présence paraît spéciale à la fièvre récurrente ; mais O. O. ne se prononce ni sur leur signification, ni sur leur nature. G. H.

Beiträge zur Geschwulstlehre (Contribution à l'étude des tumeurs), par le Dr M. PERLS. *(Archiv für path. anat., v. LVI, livraison 4.)*

1. *Cancer du poumon.* — Le cancer du poumon est presque toujours décrit sous le nom de cancer encéphaloïde. Quelques exemples de squirrhes existent cependant, mais on n'avait point décrit le cancer épithélial du poumon, au moins comme cancer primitif. Perls en apporte un cas. Vraisemblablement, dit-il, le cancer du poumon a successivement envahi la plèvre, le diaphragme, le foie, l'intestin, la choroïde, etc.

Les nodules cancéreux offrent dans tous les organes, au milieu de cellules sans aucun caractère, des cellules très-nettement épithéliales, et, ce qui est plus caractéristique, des globes épithéliaux très-nombreux. Mais l'histogénèse du néoplasme échappe complétement; les points cancéreux du poumon se fondent graduellement avec les points normaux; et les alvéoles voisins du cancer sont remplis plus ou moins complétement de grosses cellules rondes de 13 à 26 centièmes de diamètre, portant un ou deux noyaux et des globules graisseux. Perls admettrait volontiers que les alvéoles pulmonaires se transforment en alvéoles

cancéreux, et les cellules catarrhales qui remplissent les alvéoles, en cellules de cancer.

Quant à la plèvre, les masses cellulaires épithéliales se combinent manifestement avec les groupes de cellules du tissu conjonctif, et on peut voir facilement que les cellules conjonctives participent pour le moins à la pullulation des cellules cancéreuses.

2. *Embolie capillaire cancéreuse de la choroïde.* — Là encore, accumulation de cellules épithéliales et de globes épidermiques. La plupart de ces accumulations épithéliales sont entourées et limitées par le tissu même de la choroïde qui fait comme le stroma de la tumeur. D'autres, au contraire, se ramifient comme les vaisseaux de la choroïde et ne sont, en réalité, que des amas cellulaires intra-capillaires développés sur place par pullulation des premières cellules transportées, et aussi peut-être par participation des cellules de la paroi même des vaisseaux.

3. *Cancer du foie.* — Le processus général d'une néoformation cancéreuse dans le foie serait le suivant : épaississement conjonctif débutant autour des ramifications de la veine porte, envahissant le lobule qu'il dissocie cellule à cellule. Le tissu conjonctif nouveau formerait le tronc alvéolaire, tandis que les cellules du foie deviendraient cellules cancéreuses. On pourrait facilement, sur les bords de la tumeur, suivre cette transformation cellulaire. Contrairement à Naunyn, qui attribue le rôle principal à la transformation de l'épithélium des vaisseaux biliaires, Perls a trouvé ceux-ci à peu près sains; mais il accepte volontiers les embolies capillaires cancéreuses, et les transformations en cellules de cancer des cellules des parois vasculaires; ce serait le cas des cancers secondaires.

L'auteur termine son travail en recommandant un procédé particulier de coloration : il a employé le chlorure de palladium (comme moyen de durcissement), au titre suivant : 1 pour 800 d'eau. Schultze qui a déjà recommandé ce moyen, s'en loue beaucoup, parce que ce réactif colore en jaune les protoplasmes de la préparation et laisse incolores les tissus conjonctifs ou colloïdes. Or, ceux-ci se colorent vivement au carmin qui n'a pas de prise sur les tissus déjà teintés en jaune. Il en résulte une opposition de nuances rouges et jaunes qui éclaircit vivement tous les détails d'une préparation.

Mais comme le chlorure de palladium a l'inconvénient de durcir très-incomplétement les tissus, Perls préfère employer le réactif de la façon suivante : une coupe fine est faite après durcissement dans l'alcool, et on fait agir successivement sur elle le chlorure de palladium et le carmin; le baume de Canada est souvent utile pour éclaircir la préparation ainsi obtenue.

J. GRANCHER.

Rare specimen of tumour removed from rectum. J. BARKER. Surgical Society of Ireland, 14 février 1873. (*The Irish Hospital Gazette* n° 5, *p.* 79.)

Le docteur J. Barker présente à la Société une tumeur qui lui est envoyée par le docteur Muller, chirurgien de l'armée de l'Inde. — Cette

tumeur fut observée chez une femme de 39 ans, accouchée, la veille, de son quatrième enfant. Elle avait fait issue par le rectum, son volume était celui d'un gros poing. Elle fut excisée après ligature préalable du pédicule. C'était un kyste contenant de la matière sébacée et des poils; ses parois fort épaisses renfermaient plusieurs plaques osseuses. — Le docteur Barker considère cette tumeur comme étant très-probablement un kyste de l'ovaire. CH. H.

Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques, par NEPVEU. (*Gazette médicale, 1872. — Société de Biologie, mai 1872.*)

Après avoir rapporté quelques observations de tumeurs mélaniques, l'auteur arrive à celle qui fait le sujet de son travail. — Il s'agit d'un homme de 30 ans dont la mère et la tante maternelle sont mortes cancéreuses. Ce jeune homme portait à la cuisse depuis son enfance une tache pigmentaire qui s'accrut pendant le siége. Elle fut enlevée quelques mois plus tard, les ganglions de l'aine furent pris. On ne put les extirper en totalité à cause de leur extension dans l'abdomen. — L'autopsie fut faite.

Pendant la vie, M. Nepveu trouva dans l'urine de petites masses assez brunâtres, formées par des amas de granulations et offrant une forme cylindrique analogue à celle des cylindres hyalins de l'abuminurie. Par l'évaporation de l'urine il obtint des cristaux d'acide urique, d'urate, de soude et d'ammoniaque, offrant tous une belle couleur hortensia.

Le sang tiré du doigt par une piqûre d'épingle offrait une augmentation notable des globules blancs dont quelques-uns renferment de fines granulations noirâtres. Le sérum renferme également de fines granulations et de petits cylindres qui semblent reproduire le moule de vaisseaux capillaires.

Dans le sang tiré par le raclage de la tumeur on trouve des amas de globules soudés irrégulièrement ensemble présentant sur leurs bords une teinte jaunâtre et même hortensia. Quelques globules isolés sont teintés en sépia faible. On voit aussi çà et là quelques corps bruns, du volume des globules sanguins analogues aux corps brunâtres qui s'observent dans quelques tumeurs mélaniques. L'épithélium vasculaire est en quelques points coloré en noir.

Les cellules mélaniques dans la tumeur sont rondes ou fusiformes, et leur protoplasma teinté plus ou moins fortement renferme parfois des corps bruns du volume des globules sanguins.

Pour M. Nepveu, comme pour d'autres, la matière mélanique vient du sang, soit par diffusion soit par hémorrhagie.

Après avoir discuté cette opinion et l'avoir appuyée sur l'opinion de certains auteurs, M. Nepveu donne la relation de l'autopsie. On y voit que la mélanose chez ce sujet était en voie de généralisation. Dans le foie, dans les reins, dans le sternum on trouve de la matière pigmentaire. A. J.

Description of an odontome (Description d'un odontome), par M. Ch. TOMES, conservateur du musée de la Société odontologique de Londres. (*Transactions of the odontological Society of Great Britain*, 1871, *new serie, vol. IV, p.* 103.)

La tumeur que décrit M. Ch. Tomes est développée sur les faces antérieure et externe d'une molaire inférieure chez un cheval adulte. Son volume est environ celui d'un gros œuf de dinde; toute la masse est composée d'un seul tissu le *cément*. Sa constitution est donc purement osseuse, aussi M. Tomes rattache-t-il cette altération aux *odontomes cémento-coronaires*, Broca. L'auteur y voit en outre un argument en faveur de l'existence d'un *organe du cément* signalé dans le follicule des herbivores par Robin et Magitot, bien que ce fait ait été contesté depuis en Allemagne, par Waldeyer. M. Tomes rapproche cet exemple intéressant des autres observations de doctrines semblables signalées en France par MM. Foyet et Broca. E. MAGITOT.

Cas de sarcome généralisé des séreuses chez un rat, par H. LIOUVILLE. (*Arch. de Physiologie*, 1873, *n°* 2.)

Un rat gris-blanc étant mort après avoir présenté un amaigrissement notable, l'auteur fit son autopsie et constata la présence de masses cancéreuses dans le péritoine, les plèvres, le péricarde. Il y avait de la pleurésie et de la péritonite hémorrhagiques. Il y avait également de la péricardite. On trouve en outre un cysticerque péritonéal.

L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait là d'une production anormale d'éléments cellulaires épithéliaux, sans stroma bien net, sans cloisonnement les isolant, et sans organisation vasculaire prononcée.

A. JOFFROY.

Gliomes développés sur le trajet des branches du nerf de la cinquième paire chez la poule, par Paul BERGER.

Il s'agit dans ce cas de tumeurs très-molles, de couleur blanc jaunâtre et nullement vasculaires. Ces tumeurs semblent s'être produites aux dépens du névrilème du nerf auriculo-temporal et des branches voisines de la sixième paire. Les orbites, les méninges et la rétine ont été entièrement respectés par le développement du tissu pathologique. — L'examen microscopique pratiqué par M. Legros montre qu'il s'agit là de ces tumeurs appelées par M. Virchow gliomes et par M. Robin, tumeurs amyélocytes. A. JOFFROY.

Des déformations produites par l'arrêt d'accroissement d'un des os de l'avant-bras, et des causes de cet arrêt de développement; description de pièces pathologiques, par M. Antonin PONCET, interne des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd.*, *n°* 26, 22 *déc.* 1872, *p.* 594.)

Lorsqu'un des deux os de l'avant-bras éprouve un arrêt dans son accroissement, l'autre os est courbe, de longueur moindre que l'os sain

correspondant, et une de ses extrémités est souvent luxée. L'auteur, après en avoir rapporté quelques exemples, montre que l'os sain étant soudé par ses extrémités à l'os malade éprouve à se développer une certaine gêne, qui se traduit par une longueur moindre ; la courbure est due à ce fait que la longueur de l'os augmente tandis que les extrémités sont fixes ; la luxation est produite par l'effort exercé sur les ligaments par l'os qui tendant à s'accroître et éprouvant de leur part une résistance puissante, finit enfin par la surmonter.

Quant à la cause de l'arrêt de développement de l'os malade, l'auteur la place tantôt dans une ostéite *juxta-épiphysaire* (Ollier), qui détruit le cartilage d'accroissement qui se trouve entre la diaphyse et l'épiphyse, tantôt dans un traumatisme, *décollement diaphysaire*, qui sépare le cartilage de la diaphyse osseuse. J. C.

Zwei Fälle von Umwandlung der Samenblasen in Harnleiter (Deux cas de transformation des vésicules séminales en uretères), par le professeur HOFFMANN de Bâle. (*Archiv. der Heilkunde* 1872, 6e *livr.*) (*une planche*).

Dans le premier cas, les principaux résultats de l'examen anatomique sont mentionnés de la manière suivante :

« Le bassinet est nettement divisé en deux portions ; la partie supé-
« rieure ayant une largeur de 5,2 centimètres à son insertion sur le rein,
« se termine immédiatement par un canal large et consistant qui présente
« des rétrécissements et des dilatations dont quelques-unes ont plus de
« 4 centimètres de calibre. Ce canal s'étend le long du côté externe du
« grand muscle lombaire et, peu après son entrée dans le bassin, il se
« rétrécit jusqu'au calibre d'un tuyau de plume. Bientôt il se dilate de
« nouveau, forme une vésicule de 2 centimètres et demi de diamètre qui
« s'accole au côté externe du canal spermatique droit à l'endroit où se
« trouve ordinairement la vésicule séminale. Celle-ci fait complétement
« défaut de ce côté. »

Dans le deuxième cas, le bassinet du rein gauche est divisé en deux portions, dont la supérieure se comporte à peu près de la même façon que ci-dessus.

Hoffmann cite ensuite tous les auteurs qui ont décrit des anomalies des vésicules séminales, avec réflexions embryologiques. KLEIN.

Absence of the sternal and costal portion of the pectoralis major and the whole of the pectoralis minor (Absence des portions sternale et costale du grand pectoral et de la totalité du petit pectoral), par le Dr Burney YEO. (*Clinical Soc. of London*, 28 *févr.* 1873. *Med. Times and Gaz.*, 15 *mars* 1873, *I*, *p.* 291.)

Cette malformation a été observée sur un jeune garçon de 14 ans qui se présenta à la consultation de Brompton hospital. La difformité produite par l'absence de ces muscles était considérable et était augmentée par la dépression et le développement incomplet du côté droit du ster-

num, ainsi que des côtes et des cartilages adjacents. On ne sentait pas d'appendice xyphoïde. La portion claviculaire du grand pectoral était très-hyperthrophiée et le bord postérieur de l'aisselle, formé par le grand dorsal, était beaucoup plus épais que celui du côté opposé. Il y avait une différence remarquable dans le pouls des deux côtés; celui du côté droit était excessivement petit et faible, il semblait indiquer quelque anomalie dans la distribution des vaisseaux, du même côté que l'anomalie musculaire. Sous tous les autres rapports, l'enfant était bien développé, quoique petit. Il ne s'était jamais plaint de faiblesse dans le bras droit et n'était pas gaucher.

Le docteur Taylor de Guildford a informé le docteur Yeo qu'il observe, en ce moment, la même absence complète du grand pectoral sur un volontaire.

M. Nunn a montré des dessins qui représentent la même difformité. Dans le premier cas, le grand pectoral et le grand dorsal manquaient à la fois. Dans le second cas, l'enfant offrait un déplacement de l'omoplate et portait un appareil orthopédique. E. D.

Congenital deformity of the clavicle. Dr BENNETT. Pathological Society of Dublin, 8 février 1873. (*The Irish Hospital Gazette, n° 4, p.* 62.)

L'extrémité acromiale de la clavicule était bifide; l'une des branches s'articulait normalement, l'autre plus large, dirigée en arrière, naissait en dehors du tubercule conoïde et s'unissait par une articulation complète avec le bord supérieur de l'épine de l'omoplate. Cette articulation était distante d'un demi-pouce de l'articulation normale. Le ligament conoïde était normal, le trapézoïde très-élargi s'étendait plus loin qu'à l'ordinaire.

CH. P.

Observations diverses.

A rare case of monstrosity, par C.-B. SUCKLING. (*Med. Times and Gaz., 25 janv.* 1873, *I, p.* 85.)

Le dessin joint à l'observation rapportée par Suckling et les détails qui l'accompagnent permettent de supposer qu'il s'agit d'une *énorme méningocèle* de la région occipitale chez un nouveau-né. L'auteur ne s'explique pas, toutefois, sur la nature de la tumeur, et paraît croire à un fait sans analogue dans la science. On trouve cependant plusieurs cas semblables dans le traité de Holmes (*Mal. chirurg. des enfants*, p. 79. Traduction française); dans le manuel de Bryant (*The Practice of Surgery,* p. 84) et dans les *Leçons sur les maladies chirurg. des enfants* de Giraldès. Toutefois l'observation de Suckling est remarquable par le volume excessif de la tumeur.

L'enfant est venu au monde sans que la sage-femme qui assistait la mère ait eu besoin d'intervenir; il est vif, robuste et bien portant. — A la partie postérieure de la tête, il porte une masse fluctuante, volumineuse, molle, qui

se détache de l'occipital et ressemble pour le volume et la forme à une vessie de porc remplie de liquide. Elle est recouverte par un tégument épais qui paraît être une dépendance du cuir chevelu. Il y a une espèce de pédicule à la jonction de la tumeur et du crâne. A ce niveau, il n'y a pas de cheveux, mais le reste de la poche est recouvert par des cheveux. Un examen attentif de la tumeur montre qu'elle ne renferme pas de parties solides; elle est fluctuante dans tous les points. Aucune communication ne paraît exister avec l'intérieur du crâne.

Les dimensions sont les suivantes, pour le corps de la tumeur : longueur, 22 centim.; largeur, 17 centim.; hauteur, 11 centim. Le pédicule a environ 5 cent. 1/2 en longueur, en hauteur et en épaisseur.

La mère de l'enfant prétend que, pendant sa grossesse, elle a été impressionnée par la vue d'un homme qui avait une grosse tumeur pendant sur le côté du cou.

Dans le numéro suivant du *Med. Times and Gaz.*, le Dr J.-H. Aveling rappelle qu'il a publié un fait semblable dans le même journal en 1861. Le Dr Arthur W. Edis signale également (*Med. Times and Gaz.*, 8 févr. 1873, I, p. 53) un cas analogue présenté par lui et décrit dans le vol. XIe, p. 173, des *Transactions de la société obstétricale.* E. D.

Eigenthümliche Doppelbildungen an Händen und Füssen (Monstruosité par doublement des mains et des pieds), par le Dr KAHNT. (*Archiv, für path. Anat. t. LVI, nos 1 et 2, 1er nov. 1872, p. 268, avec une planche.*)

Il s'agit d'une difformité portant sur le nombre et la conformation des doigts et des orteils. Les quatre orteils extrêmes sont normaux; le suivant est très-large et porte deux phalangettes, puis viennent deux doigts internes supplémentaires, ayant chacun leur métatarsien. Aux mains il y a un médius normal, mais, de chaque côté, se trouvent deux doigts ressemblant, l'un à l'annulaire, l'autre à l'auriculaire. Sur le côté radial de la main droite est un doigt rudimentaire, pourvu d'un squelette. Le doigt externe de la main gauche est très-légèrement opposable. H. TH.

Heterotopie grauer Hirnsubstanz in Markstamme der Hemisphären des kleinen Gehirns. Drei Beobachtungen (Production hétérotopique de substance grise dans le noyau central de substance blanche des hémisphères cérébraux. Trois observations), von Dr Franz MESCHEDE. (*Archiv. t. LVI, no 1 et 2, 1 nov. 1872, p. 82-96*).

Chez deux épileptiques, Meschede a trouvé, dans l'hémisphère gauche du cervelet, près du bord inférieur du noyau central de substance blanche qui constitue l'arbre de vie, un amas de substance grise, complétement entouré par la substance blanche, ne se continuant pas avec la substance grise des lamelles du cervelet. L'examen histologique y fait reconnaître des cellules ganglionnaires nombreuses, grandes, dépourvues de pigment, tout à fait semblables à celles de la couche corticale du cervelet. Dans un troisième cas, chez un paralytique général, les deux hémisphères cérébelleux présentaient, à la même place que dans les ob-

servations précédentes, l'hémisphère droit cinq, l'hémisphère gauche trois îlots de substance grise isolée.

Hyperplasie grauer Hirnsubstanz in Markstamme der vermis cerebelli (Production hyperplasique de substance grise dans le noyau de substance blanche du lobe moyen du cervelet), von Dr Franz MESCHEDE. (*Ibid. p.* 97-100.)

Dans le cervelet d'un mélancolique, en arrière du noyau de substance grise à cellules ganglionnaires, qui se trouve à l'origine de l'arbre de vie du lobe moyen, Meschede a constaté la présence d'un amas de substance grise, isolée, de 1 1/2 millim. de long sur 1 millim. de large, et d'autres îlots plus petits, situés à l'origine des arbres de vie des deux hémisphères. H. TH.

Incarceratio herniae mesogastricae dentrae, in Folge der abnormen Bildung des Mesenteriums (Hernie mésentérique droite, étranglée par suite de malformation du mésentère), von Dr N. DUBAY, d'Ofen. (*Ibid.*, *t. LVI*, *nos* 1 *et* 2, 1 *nov.* 1872, *p.* 271-273.)

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de 35 ans, qui meurt en dix-huit heures, avec tous les symptômes d'un étranglement interne. A l'autopsie, on trouve une anse de l'intestin grêle, mesurant 7 1/2 centim., séparée de son mésentère, qui forme au-dessous d'elle une corde tendue, résistante, de 3 1/2 centim. Dans cette lacune, s'est engagée et étranglée une portion du côlon descendant. En un autre point de l'intestin, existe une seconde lacune semblable, de 2 1/2 centim., mais dans laquelle ne s'est engagé aucun viscère. H. TH.

Ueber Divertikelbildungam Duodenum (De la formation des diverticulums du duodénum), par M. ROTH, de Greifswald. (*Ibid.*, *t. LVI*, *nos* 1 *et* 2, 1 *nov.* 1872, *p.* 197-201.)

L'auteur donne cinq observations de diverticulums du duodénum. Les rapprochant des faits déjà connus, il arrive aux conclusions suivantes :

Les diverticulums du duodénum sont formés par une hernie de la tunique muqueuse seule; la musculeuse n'y prend aucune part. Ce sont des lésions acquises et qu'on n'observe que chez des individus très-âgés ou atteints de marasme. Ils sont uniques le plus souvent. Leur forme varie ; ils sont cylindriques ou arrondis, ou renflés et lobés à leur extrémité borgne. Ils siégent le plus souvent sur la seconde portion du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater. Dans aucun des cas décrits par Roth, cette lésion n'a donné lieu à quelque symptôme qu'on pût lui rapporter.

H. TH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de* 1873.)

A hand book of post mortem examinations and of morbid anatomy (Manuel des autopsies et d'anatomie pathologique). By Francis DELAFIELD. 1872.

Mélanose, par le Dr Ch. ROBIN (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. VI). Paris, G. Masson et P. Asselin.

Malignant Sarcoma of Cutis, etc. (Sarcome généralisé dans la peau, la colonne vertébrale, les côtes, les poumons, le foie, le pancréas, les reins, le cœur et la dure-mère), par le Dr WEBBER. (*The Boston med. and Surg. Journal*, January.

Sarcoma of the lung and brain (Sarcome du cerveau et du poumon, chez un jeune homme de 19 ans, à qui on avait amputé la cuisse pour une tumeur du fémur, par GREEN; Société pathologique. (*Brit. med. Journ.* 22 fév.)

Cancer of the Lung (Sarcome encéphaloïde primitif limité à un seul poumon), présenté par le Dr FOOT à la Soc. pathologique de Dublin. (*The Dublin Journal*, décembre 1872.)

Sarcoma of the Kidney (Sarcome du rein, chez une femme de 26 ans, tumeur énorme s'étendant dans tout l'hypochondre gauche et remontant jusque sous les côtes, par A. BAKER. (*Brit. med. Journal*, 25 janvier.)

Cancer du péricarde, par M. LE BEUF. (*Bull. Soc. anat.*, XLIIIe année, 2e série, t. XIII, p. 340.)

Cancer du mésentère (The pathological Soc. of Ireland). Dr HAYDEN. (*Med. Press and Circular*, 22 janv. p. 71.)

Fibrous sarcoma of upper Jaw (Sarcome fibreux de la mâchoire supérieure). Dr William STOKES. |Pathol. Soc. of Dublin (*Brit. med. Journ.*, 1er fév., I, p. 130.)

Monstre acéphale, par M. Gripat. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 2e série, t. XVII, p. 124.)

Un cas de hernie du cerveau avec fissures de la face et du tronc, par Julius RUPPERSBERG. Marbourg, octobre 1872.

Malformation of Arms and Legs of a fœtus (Malformation des bras et des jambes chez un fœtus). Patholog. Society. W. ADAMS. (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., I, p. 127.)

Congenital deformities of the clavicle. *Dublin Pathological Society*, 8 févr. 1873, Dr BENNETT. (*Med. Press and Circul.*, 12 fév., p. 145.)

Myxomatous tumour of the brain (Myxome de l'encéphale), par LITTLE. Soc. pathol. de Dublin. (*The Dublin Journal of med. sc.*, décembre 1872).

Intracranial tumour; Glioma of the fifth Nerve (Tumeur intracrânienne. Gliome de la cinquième paire), pièce présentée à la Soc. pathologique de Dublin par le Dr E. LITTLE. (*The Dublin Journal of med. sc.* January.)

Lésions du cerveau dans un cas de rage (encéphalite de la substance grise), par M. Quinquaud. (*Bull. Soc. anat.* XLIIIe année, 2e série, t. XIII, p. 350.)

Névromes des nerfs auditifs chez une femme syphilitique, par M. Malassez. (*Bull. Soc. anat.*, XLIIIe année, 2e série, tome XIII, p. 317.)

Une observation d'ostéophytes costaux pleurétiques. P. Savoye. (*Thèse inaug.* Paris, 1872, n° 475.)

Extensive osseus depositions implicating the articulations and muscles (Trois cas de production osseuse dans les muscles et les articulations), par Ed. Hamilton et Bennett. (*The Dublin Journal of med. sc.*, décembre 1872).

On the reproduction of pieces of vertebræ (De la reproduction des pièces des vertèbres), par E. Dupuy. (*Arch. of scient. and pract. med.*) New-York.

Endocardite. Infarctus des deux reins et de la rate. Cancer du foie et de l'utérus, par M. Calmettes. (*Bull. Soc. anat.*, XLIIIe année, 2e série, t. XIII, p. 321.)

Case of thoracic aneurism. Death from rupture into œsophagus. (Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans l'œsophage, par Chartres. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1872.)

On a voulu voir, dit l'auteur, un certain rapport entre l'anévrysme de l'aorte et la tuméfaction de la rate, observée dans plusieurs cas. Dans le fait actuel, elle était normale.

Aneurism of arch of aorte partially cured (Anévrysme de la crosse de l'aorte, guéri partiellement), par T. Williams. Pathological Society. (*Brit. med. Journ.*, 22 février.)

Dilatazione generale delle arterie (Dilatation des artères), par de Renzi. (*Nuova ligur. med.*, janvier.)

Portal vein blocked by a clot, par Peacock. Pathological Society. (*Lancet*, 18 janvier.)

Obstruction de la veine pulmonaire et de ses branches, consécutive à un plegmon du cou, par M. Lucas-Championnière. (*Bull. Soc. anat.*, XLIIIe année, 2e série, t. XIII, p. 342.

Périostite phlegmoneuse, péricardite, par M. Deffoix. (*Bull. Soc. anat.*, XLVIIe année, 2e série, t. XVII, p. 357.)

Pneumonie et tubercule, par le Dr Gentilhomme (de Reims). (*Soc. méd. de Reims*, bulletin n° 8, p. 43.)

(Exposé succinct des faits acquis à la science par les travaux des physiologistes et des anatomo-pathologistes.)

On cirrhosis of the liver (Sur la cirrhose du foie), par J. Wickham-Legg. (*St-Bartholemew's Hosp. Reports*, t. VIII.)

Hepatic abscess, causing empyema, par le Dr Foot. Société pathologique. (*Brit. med. Journal*, 18 janvier 1873.)

On emphysema of the liver occurring in a case of typhoid fever. Forsyth Meigs (*Philad. med. Times*, n° 49, 1872). (Sur l'emphysème du foie dans le cours d'une fièvre typhoïde.)

Intussusception of the upper part of the small intestine (Invagination de

la partie supérieure de l'intestin grêle). Pathological Society. Dr Peacock. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 236.)

Diaphragmatic hernia (Hernie diaphragmatique), par le Dr Hunter. New-York Acad. of medicine. (*The Boston med. and surg. Journal.* January.)

On the nutrition of muscle and lung in Health and in Phthisis (De la nutrition des muscles et du poumon en santé et dans la phthisie), par le Dr Marcet. (*Phil. Mag.*, novembre 1872.)

On the Preservation of tumours and urinary deposits (Sur la conservation des tumeurs et des dépôts urinaires). Dr T.-G. Richardson. (*Philadelphia medical Times*, 21 déc. 1872.)

Extroversion of the Bladder (Extroversion de la vessie). Pathological Society. Dr John Wood. (*The Lancet*, 4 janv., I, p. 13.)

Vesical calculi from India. Pathological Society, 18 févr. 1873. Dr Wandyke Carter. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 235.)

Fibrous tumour of the Penis. Pathol. Society. Dr Beck. (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., I, p. 128.)

Recherches sur l'origine et la nature de la néomembrane dans l'hématocèle vaginale, par le Dr Gentilhomme, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims. (*Soc. méd. de Reims*, bulletin n° 8, p. 19.)

Cases in morbid anatomy, par J. Wickham-Legg. M. D. (*St-Bartholemew's Hosp. Rep.*, vol. VIII.) Hydatides de la rate et du foie. Rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires. Affection des valvules pulmonaires. Gommes syphilitiques du cœur. Dégénération fibreuse des fibres musculaires du cœur.

Ueber die Veränderungen des Muskelgewebes nach Nervendurchschneidung (Des altérations musculaires consécutives à la section des nerfs), par G. Bizzozero et Golgi. (*Stricker's medic. Jahrb.*, 1873, p. 121-127). Recherches confirmant simplement celles de Montegazza et de Vulpian.

Recherches expérimentales sur l'inflammation du péritoine et l'origine des leucocytes. Note de M. V. Feltz. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 17 février 1873.)

L'auteur vient confirmer les résultats qu'il avait déjà exposés dans un mémoire sur le même sujet. (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie de Ch. Robin*, 1870, p. 1.)

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

ANALYSES.

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par John-Hugues BENNETT d'Edimbourg ; traduit par le Dr P. LEBRUN (2 *volumes avec 587 figures ; Paris, G. Masson*, 1873.)

Ces leçons cliniques qui sont le résumé de la pratique et de l'enseignement du docteur Hugues Bennett, forment par leur étendue, par la variété et le nombre considérable des sujets traités, un

véritable traité de pathologie et de clinique médicales. Une grande partie du premier volume, qui sera lue avec fruit et intérêt, échappe à l'analyse parce qu'elle est consacrée à des études de séméiologie et de pathologie générale. C'est ainsi que, dans le premier chapitre, le professeur passe en revue les différents modes ou procédés suivant lesquels le médecin doit examiner son malade : l'inspection, la palpation, la mensuration, la percussion et l'auscultation ; l'emploi et les applications du microscope, du sphygmographe, du thermomètre, de l'ophthalmoscope, des réactifs chimiques de l'urine. — Dans le second chapitre, il étudie : les théories moléculaire et cellulaire de l'organisation, les lois générales de la nutrition physiologique et pathologique, de l'innervation à l'état normal et à l'état morbide, l'inflammation, la tuberculose, les tissus de formation pathologique, les dégénérescences morbides des tissus, les concrétions. — Le troisième chapitre comprend les principes de thérapeutique générale. — Les principales leçons et observations qui terminent le premier volume sont celles qui traitent de la méningite cérébrale aiguë et de la cérébrite, de l'hémorrhagie cérébrale et des affections structurales de la corde spinale (*ataxie locomotrice, atrophie musculaire progressive, paralysie agitante, myélites, etc.*).

Dans le second volume et dans les pages consacrées aux maladies du système digestif, nous voyons figurer, au nombre des troubles fonctionnels de l'estomac, deux observations de dyspepsie avec vomissements de *matières fermentées contenant des sarcines*. Dans la première observation, les matières vomies consistent généralement en aliments à moitié digérés, entourés d'une écume épaisse et sale semblable à de la levûre. Ce vomissement chronique, connu depuis longtemps en Écosse et décrit par Cullen sous le nom de pyrosis, est probablement provoqué par l'usage habituel et immodéré du gruau et des farineux. Il renferme des substances qui donnent au contenu de l'estomac l'apparence de levûre et qui, décrites pour la première fois par Goodsir, sont de nature végétale et se multiplient par fissiparité. Parmi les médicaments qui ont été proposés pour détruire les sources de cette production parasitaire, Bennett signale le sulfite de soude qui, par sa combinaison avec le suc gastrique et par le dégagement consécutif d'acide sulfureux, doit avoir pour résultat de détruire les végétations inférieures. La teinture de sesquichlorure de fer paraît aussi avoir produit de bons résultats dans le traitement de cette affection.

Viennent ensuite les maladies des systèmes circulatoire et respiratoire, qui sont étudiées avec soin et présentent un grand nombre d'observations. La phthisie pulmonaire est le sujet de développements intéressants. Pour Bennett, « elle a sa véritable origine dans un trouble digestif et dans une assimilation imparfaite, » et, si elle se montre surtout dans l'enfance et la jeunesse, c'est qu'à ces pé-

riodes de la vie, la nutrition est employée à la formation des tissus de l'économie. L'hérédité, la respiration d'un air vicié, l'absence de lumière solaire, certaines professions insalubres, l'humidité et toutes les mauvaises conditions qui président au développement de la phthisie, agissent en déterminant un trouble plus ou moins marqué dans les fonctions nutritives et dans l'assimilation des aliments. D'après lui, le tubercule est un exsudat coagulé qui diffère des exsudations inflammatoire et cancéreuse par son peu de vitalité et une tendance moins forte à la formation de cellules. La dyspepsie qui accompagne si souvent le développement de la tuberculose, par suite de l'excès d'acidité des premières voies, met obstacle à l'évulsion des matières grasses qui ne sont pas assimilées et favorise, au contraire, la dissolution des éléments albumineux et minéraux des aliments. Alors, le plasma sanguin est riche en albumine, pauvre en matières graisseuses, de sorte que, si « des exsudats se forment, surtout dans les poumons, « il y a prédominance de l'albumine, ils montrent peu de tendance « à se transformer en cellules et aboutissent seulement à la pro- « duction lente de cette matière nucléaire abortive, à laquelle « s'applique le nom de tubercule. » La thérapeutique doit donc s'attacher à rétablir l'équilibre dans les fonctions troublées de la digestion, à rendre à l'organisme les éléments nutritifs qui lui manquent, et à favoriser l'assimilation des matières graisseuses. C'est pour cette cause surtout que l'emploi de l'huile de foie de morue est d'un grand secours dès le début de la maladie.

Les leçons suivantes sont consacrées aux maladies du système génito-urinaire (hydropisie de l'ovaire, néphrite et pyélite, maladie de Bright), aux maladies du système tégumentaire qu'il divise en neuf classes : les exanthèmes, les vésicules, les pustules, les papules, les squames, les tubercules, les macules, les dermatozoaires (gale, etc.), les dermatophytes (favus, mentagre, etc).

Parmi les maladies du sang, la leucocythémie mérite une mention spéciale au point de vue de l'historique, de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.

L'auteur passe ensuite en revue : la chlorose et l'anémie, l'ichorrhémie ou pyohémie, la glycohémie, la fièvre continue, la fièvre rémittente infantile, la fièvre intermittente, les fièvres éruptives, la diphthérie, la syphilis, le rhumatisme et la goutte, l'urémie, etc.

Cet ouvrage considérable qui est marqué au coin d'un véritable esprit clinique, et qui est orné de cinq cent quatre-vingt-sept figures, renferme en outre trois cents observations.

HENRI HUCHARD.

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique), par le Dr DUCHENNE (de Boulogne.) (3e *édition, in-8o*, 1120 *p.*, *J.-B. Baillière, Paris*, 1872.)

Cet ouvrage qui, en peu d'années, est arrivé à sa 3e édition, a eu un grand retentissement en France et à l'étranger. C'est qu'on y trouve à la fois un traité complet d'électro-thérapie et l'étude clinique d'un grand nombre de maladies intéressantes du système nerveux, sur lesquelles M. Duchenne (de Boulogne) a le mérite d'avoir un des premiers attiré l'attention.

Depuis la seconde édition il s'est produit, tant sur l'étude de l'électrisation appliquée à la pathologie que sur celle des affections du système nerveux, un nombre si important de travaux que, faire une nouvelle édition d'un pareil livre c'était entreprendre un ouvrage complétement nouveau.

Sous ce rapport on ne saurait trop louer l'auteur. Mettant parfaitement à profit les critiques qui lui ont été adressées à propos de ses premiers travaux et s'inspirant des récentes et si remarquables recherches de quelques médecins français et particulièrement de celles de MM. Charcot et Vulpian sur les maladies du système nerveux, il a réussi à rendre son ouvrage à la fois pratique et scientifique.

Aussi, au lieu de faire une analyse complète de ce volume déjà si connu et si bien apprécié, nous paraît-il plus intéressant de parcourir rapidement quelques-unes des opinions nouvelles que l'auteur discute ou adopte.

L'ouvrage de M. Duchenne (de Boulogne) comprend deux parties bien distinctes, d'où, pour en prendre une idée exacte, la nécessité de se placer tour à tour à deux points de vue différents.

Déjà depuis un grand nombre d'années, les médecins qui ont fixé leur attention sur l'emploi de l'électricité en médecine se sont divisés en deux écoles. Les uns, et M. Duchenne (de Boulogne) un des premiers, ont proclamé la supériorité de l'électrisation faradique (courants induits) dans le traitement de la plupart des maladies du système nerveux. — Les autres, sous l'influence de Remak surtout, ont, au contraire, proclamé l'efficacité de l'électrisation à l'aide des courants continus. Les faits nombreux qui ont été publiés de part et d'autre à l'appui de ces opinions contradictoires et, à un moment, exclusives, ont entretenu le zèle d'un grand nombre d'observateurs, et nous devons à ces discussions une connaissance plus approfondie des indications des diverses espèces d'électricité dont le médecin peut disposer. M. Duchenne, qui affirme avoir fait, dans toutes les maladies qu'il a étudiées, des expériences comparatives, n'a pas abandonné ses anciennes doctrines. A chaque page, en se fondant sur une pratique de vingt ans, il proclame la supériorité de

l'électrisation faradique localisée. Cependant, dans cette nouvelle édition, l'auteur croit devoir accepter, dans certains cas bien déterminés, l'emploi des courants continus, et le lecteur lira certainement avec un grand profit le chapitre intitulé : *Considérations historiques et critiques sur les principales méthodes d'électrisation.*

L'électro-puncture, l'électrisation par action réflexe, la faradisation localisée, la galvanisation y sont étudiées comme méthodes générales de traitement, et l'auteur y montre nettement ses préférences au point de vue pratique.

En dehors des applications chirurgicales, il soutient qu'il n'existe encore aucune règle pour l'application des courants galvaniques, et que l'emploi de ces courants ne saurait encore être appuyé sur des recherches cliniques rigoureuses ou suffisantes, tandis que l'utilité de la faradisation localisée est démontrée par l'observation journalière des malades.

Il y a certainement dans ces assertions une exagération qui s'explique par l'état de nos connaissances sur l'électricité médicale. Malgré les livres de Legros et Onimus, et celui plus récent d'E. Cyon (*électro-thérapie*), l'électrisation par courants continus n'a pas encore des propriétés suffisamment déterminées ni des applications aussi précises que la faradisation. Cependant M. Duchenne lui-même préfère le courant continu dans le traitement *du tic indolent;* il convient que dans certaines maladies, la chorée, par exemple, l'électrisation par courants continus compte autant de guérisons que la faradisation, et dans quelques cas il conseille de combiner et d'alterner la faradisation avec la galvanisation par courants continus (labiles et stabiles).

Voici ses conclusions les plus importantes sur ce point :

Les courants continus constants et les courants d'induction à doses équivalentes exercent une action identique sur les vasomoteurs constricteurs.

L'action thérapeutique de la faradisation localisée s'exerce périphériquement surtout en activant les circulations locales, et en excitant probablement les nerfs trophiques qui président à la nutrition. (L'auteur est disposé, même en se fondant sur ses études anatomiques, à accepter l'hypothèse de Samuel sur l'existence des nerfs trophiques. Cependant ces études ne sont pas encore bien précises puisque ces nerfs seraient contenus, d'une manière encore indéterminée, dans tout le centre cérébro-spécial.)

Un assez grand nombre d'affections nerveuses guérissent par tous les excitants électriques (faradisation, galvanisation, électrisation statique), de quelque manière qu'ils soient appliqués.

Il est indiqué d'expérimenter l'action thérapeutique de la galvanisation réflexe par courants continus dans une période peu avancée des affections chroniques des centres nerveux, qui, anatomiquement, forment une grande classe caractérisée par des scléroses ou des

atrophies de la moelle et du bulbe (ataxie locomotrice progressive, paralysie glosso-labio-laryngée, sclérose en plaques). M. Duchenne ne peut tirer encore aucune conclusion des expériences galvano-thérapeutiques qu'il a entreprises dans ces diverses maladies.

La galvanisation localisée par courants continus, constants, permanents, exerce, en vertu de son action électrolytique, une action thérapeutique que la faradisation ne saurait remplacer. (Voir les conclusions dans l'ouvrage, p. 210 et suiv.)

— La seconde partie du livre constitue, non pas un traité des maladies du système nerveux dans lesquelles l'électro-thérapie est la principale méthode de traitement, mais une série de petites monographies, la plupart très-intéressantes. Toutefois l'auteur, se plaçant surtout à un point de vue essentiellement pratique, fait plutôt de la séméiologie que de la pathologie proprement dite, et il en résulte que bon nombre d'états morbides ou de syndrômes sont considérés, à tort suivant nous, comme de véritables espèces nosologiques. Nous allons passer rapidement en revue les résultats les plus nouveaux qui s'y trouvent signalés.

— On trouve d'abord une description assez complète des *paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes et des paralysies obstétricales infantiles avec ou sans complications.* De nombreuses observations montrent, dans ces cas, la valeur de la faradisation, et il ne faudrait pas s'en rapporter au temps pour obtenir la guérison de ces paralysies.

La faradisation sert au diagnostic et au pronostic de la façon suivante : les muscles qui, après la lésion des nerfs, ont perdu leur contractilité électrique restent longtemps paralysés, s'atrophient ; ceux, au contraire, qui ont conservé leur irritabilité électrique recouvrent rapidement leur motilité. Le pronostic a moins de gravité lorsque, la contractilité électro-musculaire étant éteinte, la sensibilité des muscles est conservée ou seulement faiblement diminuée. Il en résulte que l'hypéresthésie musculaire qui se développe sous l'influence de la faradisation dans un muscle paralysé par une lésion traumatique de ses nerfs est un signe favorable.

L'auteur a établi dans ces affections un fait digne de remarque, à savoir que l'influence de la faradisation se fait sentir malgré l'absence de contractions électro-musculaires. Il a constaté, dans toutes les paralysies traumatiques des nerfs, que les muscles recouvrent leurs propriétés physiologiques avant leur irritabilité électro-musculaire. Les mêmes remarques sont applicables aux paralysies obstétricales qui sont dues à l'élongation ou à la contusion des nerfs et qui produisent consécutivement l'atrophie des muscles. Ici encore la faradisation localisée peut amener la guérison, tandis que, abandonnée à elle-même, l'affection devient incurable.

Dans ces sortes de paralysies l'auteur soumet l'emploi de l'électricité aux règles suivantes :

1° Lorsque la contractilité électro-musculaire n'est pas abolie, il faut mettre en usage la faradisation le plus tôt possible ; — 2° Lorsqu'elle est perdue, il faut attendre que la lésion nerveuse soit guérie, c'est-à-dire que la régénération des nerfs ait eu le temps de se faire, et cela d'autant plus tard que la sensibilité musculaire est plus diminuée. Alors seulement la faradisation aurait des chances de succès ; son application est même nécessaire. Il nous semble cependant que dans beaucoup de cas la faradisation localisée mise en usage avant la régénération des nerfs empêcherait, au moins en partie, l'atrophie des muscles et faciliterait ainsi la guérison au moment où les nerfs restaurés reprendraient leurs propriétés physiologiques. Mais dans ces questions pratiques, la théorie n'est pas toujours d'accord avec les faits.

D'une façon générale, la faradisation suffit ; mais, dans les paralysies graves par lésion des nerfs mixtes, M. D. conseille de combiner et d'alterner la faradisation avec la galvanisation par courants continus labiles et stabiles.

— Dans le chapitre intitulé *paralysie atrophique de l'enfance*, l'auteur reprend l'étude complète de cette affection en ajoutant à ses propres travaux les résultats obtenus par MM. Laborde, Cornil, Duchenne fils, Prévost et Vulpian, Lockart Clarke, Charcot et Joffroy, Roger et Damaschino.

La maladie, qui est habituellement annoncée par de la fièvre, pourrait, contrairement à l'opinion soutenue par MM. Roger et Laborde, être, dans quelques cas, tout à fait apyrétique.

Bientôt, comme on le sait, un grand nombre de muscles sont paralysés, et l'auteur a remarqué que la contractilité électro-musculaire y disparaissait le septième jour. Ce point est très-important, car les muscles paralysés, qui au bout de ce temps conservent une partie de leur contractilité électrique, ne tardent pas à recouvrer leur motilité, et cela d'autant plus vite que cette irritabilité était moins affaiblie.

Les travaux des auteurs précédemment cités ont établi d'une manière solide que la paralysie atrophique de l'enfance est une maladie particulière de la moelle ; mais tandis que les uns en font une sorte de myélite diffuse, sans localisation bien précise, MM. Charcot et Joffroy surtout ont cherché à démontrer que la lésion est primitivement circonscrite aux cellules des régions antérieures de la moelle. Les faits observés par MM. Roger et Damaschino seraient contraires à cette hypothèse, et en présence de cette difficulté, M. D. ne croit pas devoir se prononcer.

Les règles du traitement sont très-simples : au début, antiphlogistiques, pas d'électrisation.—Au bout de trois ou quatre semaines, on pratique l'excitation musculaire localisée dans le double but de remédier à l'atrophie et de prévenir les difformités.— Les courants

continus ne seraient pas supportés par les enfants à cause des douleurs provoquées aux points d'application des réophores.

On croit habituellement que la maladie de la moelle dont l'ensemble symptomatique est maintenant désigné sous le nom de paralysie atrophique de l'enfance est spéciale à cet âge. M. Duchenne (de Boulogne) l'a cependant également observée chez l'adulte, et il propose de désigner cette variété sous le nom de *paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte (par atrophie des cellules antérieures de la moelle)*. Les observations cliniques montrent que c'est la même maladie que chez l'enfant; mais l'anatomie fait défaut.

— Vient ensuite dans l'ouvrage l'étude électro-pathologique des *paraplégies spinales aiguës* : 1° consécutives aux lésions traumatiques de la moelle ; 2° à une lésion spontanée aiguë ; 3° à la compression d'un point plus ou moins étendu de la partie inférieure de la moelle.

Dans ce chapitre nous remarquerons surtout l'assertion suivante :

La contractilité électro-musculaire n'est pas affaiblie par les altérations de la substance blanche (sclérose des cordons antéro-latéraux, sclérose des cordons postérieurs). Elle ne serait affectée dans les lésions de la moelle que dans les cas d'altération ou atrophie des cellules motrices.

Il en résulte que l'exploration électrique permettrait de distinguer les paraplégies produites par certaines altérations de la substance médullaire d'avec la paraplégie symptomatique d'une simple compression de la moelle. Dans la première, la contractilité électro-musculaire est affaiblie ou éteinte; dans la seconde, elle est intacte.

— Sous le nom de *paralysie générale spinale subaiguë*, M. Duchenne (de Boulogne) décrit deux variétés de maladie de la moelle : 1° *La paralysie générale spinale antérieure subaiguë;*—2° *la paralysie générale spinale diffuse subaiguë*. Nous devons avouer qu'à la lecture de ce chapitre il nous a été difficile de bien comprendre les lésions médullaires que l'auteur range sous ces deux noms. Il nous a semblé y reconnaître toutes les maladies encore complexes ou mal déterminées qui seraient surtout caractérisées par des lésions centrales ou par des lésions multiples portant en partie seulement sur la substance grise. Dans ces variétés morbides, qui sont encore à l'étude, M. Duchenne (de Boulogne) recommande, pendant la période de développement et de généralisation de la paralysie, l'influence d'un courant continu descendant ou centrifuge par action réflexe.

— Un des principaux passages du livre est, à coup sûr, celui qui traite de *l'atrophie musculaire progressive de l'adulte et de l'enfance*. On y voit que, grâce aux faits nouveaux publiés en France surtout, l'auteur n'hésite pas à abandonner l'opinion qu'il a soutenue anciennement sur l'origine phériphérique de l'atrophie musculaire progressive. Considérant aujourd'hui l'altération des

muscles comme consécutive, et ne s'arrêtant pas, à bon droit, à l'hypothèse d'une maladie du grand sympathique, il place l'origine de l'affection dans les parties centrales de la moelle.

Cependant il lui est pour ainsi dire impossible de renoncer complétement à sa première conception de la maladie, et le symptôme atrophie musculaire progressive conserve dans sa description et dans ses argumentations la valeur d'un fait fondamental caractérisant seul la maladie.

Il en résulte que M. Duchenne (de Boulogne) n'accepte comme véritable cas d'atrophie musculaire progressive que ceux dans lesquels il n'existe aucune complication, soit de paralysie, soit de symptômes indiquant des altérations multiples de la moelle. A cet égard, le seul cas d'atrophie musculaire progressive avec autopsie établissant l'existence de la maladie dégagée de toute complication, comme l'auteur la conçoit, serait l'observation de Couture (*Arch. de phys.*, 1869).

Cette manière de comprendre, en se fondant sur les symptômes périphériques, des maladies dont le point de départ est central nous paraît devoir être abandonnée.

Il nous semble que l'étude des maladies de la moelle commence à être assez avancée pour qu'on puisse maintenant chercher à les diviser d'après l'anatomie pathologique de cet organe, en reléguant sur un plan accessoire la symptomatologie qui, jusqu'à présent, a servi de base à des divisions forcément arbitraires. Ainsi les maladies précédentes que nous venons de passer rapidement en revue constituent, en réalité, un groupe de lésions centrales de la moelle. Irritatives, aiguës ou subaiguës, on y voit, suivant la nature de l'altération et son siége de prédilection dans tel ou tel système cellulaire, survenir tel ou tel groupe symptomatique, quelquefois simple, souvent complexe, car un grand nombre d'observations cliniques démontrent aujourd'hui que les lésions de la moelle sont souvent multiples et diversement combinées.

En tenant compte des faits cliniques tels qu'ils se présentent, on arrive à conclure que l'atrophie des muscles se montre dans tous les cas où le système des cellules antérieures de la moelle est atteint. L'atrophie musculaire progressive correspond aux cas les plus simples, ceux dans lesquels ce système seul est altéré. Dans beaucoup d'autopsies, au contraire, la myélite a porté sur différents points de la moelle et en particulier sur les cellules des cornes antérieures, et alors l'atrophie musculaire a existé comme phénomène corollaire de la maladie chronique de la moelle (faits de Valentiner, L. Clarke et Radcliffe, Charcot et Joffroy, etc.). Ces considérations expliquent aussi pourquoi, dans l'ataxie locomotrice par exemple, on peut voir survenir les symptômes de l'atrophie musculaire lorsque l'irritation se propage des cordons postérieurs jusque dans les cellules des cornes antérieures (Charcot).

Néanmoins, la description de l'atrophie musculaire progressive telle que la donne M. Duchenne est extrêmement complète et fort intéressante, et on peut admettre que quelquefois l'altération est, depuis le début de la maladie jusqu'à la fin, limitée à l'atrophie de certaines cellules de la moelle. Dans ce cas les lésions périphériques des muscles caractérisent la maladie aussi bien que la lésion centrale.

Toutefois rien ne démontre encore la conclusion à laquelle l'auteur a été conduit en réfléchissant à la pathogénie des maladies précédentes.

Il est probable, dit M. D., que les cellules antérieures de la moelle sont à la fois motrices et trophiques. Sans ce fait physiologique la pathogénie de l'atrophie musculaire progressive serait inexplicable.

La propriété trophique des cellules serait seule atteinte dans l'atrophie musculaire progressive, tandis que dans les paralysies atrophiques spinales les propriétés motrices et trophiques seraient lésées simultanément. Cette opinion ainsi exprimée est pour le moins très-obscure.

Il nous paraît impossible de comprendre comment l'atrophie, ou la disparition presque complète d'une cellule qui serait à la fois motrice et trophique, pourrait entraîner la perte de l'une de ces propriétés à l'exclusion de l'autre.

Rien ne prouve d'ailleurs que les fibres musculaires, qui dans l'atrophie progressive disparaissent çà et là dans les muscles, ne soient pas paralysées en même temps qu'atrophiées. Si le muscle répond à l'excitation électrique, même lorsqu'il est extrêmement atrophié, c'est qu'à côté des fibres malades il y en a toujours un certain nombre de saines qui continuent à recevoir l'influence des cellules non altérées de la moelle.

Un fait important encore à l'appui de ces remarques et que M. Duchenne lui-même fait bien ressortir, c'est que la lésion des muscles, dans l'atrophie musculaire progressive, n'est pas toujours identique à elle-même. Il semble que, suivant la variété d'irritation qui, partant de la moelle, se propage aux muscles, ou bien que suivant la suspension plus ou moins complète de l'influence du système cellulaire antérieur de la moelle sur les fibres musculaires, les lésions atrophiques soient multiples et variables suivant des lois qui nous échappent encore. A coup sûr ces altérations diverses des fibres musculaires ne paraissent pas être les degrés différents d'une même lésion.

— Envisagée comme une maladie de la moelle, l'atrophie musculaire progressive peut être tantôt le groupe symptomatique prédominant, tantôt au contraire une simple complication.

Il est facile, en tout cas, de comprendre comment, lorsque l'altération de la moelle porte à la fois sur la moelle proprement dite et sur le bulbe, les symptômes décrits par M. Duchenne sous le

nom de paralysie glosso-labio-laryngée viennent s'ajouter à ceux de l'atrophie musculaire progressive. Aussi est-il impossible d'admettre avec M. Duchenne que la réunion des deux maladies est un fait en quelque sorte fortuit, une simple coïncidence, un hasard.

Cet auteur s'appuie toujours, pour établir cette distinction fondamentale, sur les troubles périphériques.

La paralysie labio-glosso-laryngée serait une paralysie sans atrophie; l'atrophie musculaire progressive, au contraire, une atrophie sans paralysie. Ainsi, à propos du cas complexe rapporté par Dumesnil en 1859, il n'y aurait pour M. Duchenne aucun rapport entre la paralysie complète de la langue dont les muscles sont sains à l'autopsie et l'atrophie graisseuse que l'on observe quelquefois dans la période ultime de l'atrophie musculaire progressive.

Cependant on remarquera, malgré cette différence dans l'altération des muscles, que la lésion de la paralysie labio-glosso-laryngée découverte par M. Charcot constitue pour le bulbe la même altération que celle de l'atrophie musculaire progressive pour le reste de la moelle. D'après l'opinion de M. Duchenne, l'atrophie primitive des cellules du bulbe par accumulation de pigment, trouvée par M. Charcot, n'atteindrait donc que les propriétés motrices des cellules dans la paralysie glosso-labio-laryngée, tandis que dans l'atrophie musculaire progressive les propriétés trophiques seules seraient atteintes.

Évidemment il y a des difficultés à résoudre; mais cette hypothèse est antiphysiologique. Rien non plus ne permet, quant à présent, d'admettre celle que MM. Joffroy et Duchenne ont soutenue, avec réserve d'ailleurs (*Arch. de phys.*, n° 4, 1870), et d'après laquelle les cellules de la moelle se diviseraient en motrices et en trophiques.

Évidemment ces difficultés pathogéniques résultent surtout du petit nombre de faits complétement observés. Il faut attendre encore, comme M. Duchenne le dit lui-même, pour se prononcer sur ces différents points. Nous pensons cependant que dès maintenant la paralysie glosso-labio-laryngée, de même que l'atrophie musculaire progressive, gagnerait beaucoup à être considérée, dans ses diverses formes, comme un syndrôme placé sous la dépendance des lésions bulbaires.

(Consulter sur ce point *Déchery*, Quelques formes d'atrophie et de paralysie glosso-laryngée d'origine bulbaire. *Th. de Paris*, 1870 et *Revue sc. méd.*, I, p. 137 et suiv.)

— Le livre de M. Duchenne (de Boulogne) contient encore bon nombre de chapitres importants, sur lesquels nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter.

Nous signalerons cependant l'étude de la *paralysie pseudo-hypertrophique ou paralysie myo-sclérosique*. Dans cette maladie, les muscles paraissent être primitivement altérés. Du moins, l'exa-

men de la moelle fait récemment (Charcot' Soc. biologie, 1871) n'y a pas montré de lésions.

L'histoire de l'*ataxie locomotrice progressive* est remaniée avec grand soin et mise au courant des travaux exécutés récemment à la Salpêtrière.

Enfin, dans la description des paralysies localisées et des contractures : *paralysies saturnines; à frigore; paralysies et contractures hystériques;* dans celle des *paralysies d'origine cérébrale et cérébelleuses;* des *troubles de la sensibilité musculaire et des sens*, et *des paralysies et contractures musculaires partielles*, on trouve un grand nombre de notions physiologiques et d'électrothérapeutique qui échappent à l'analyse et qui seront toujours consultées avec fruit. G. H.

Le typhus exanthématique ou pétéchial, typhus des Arabes (épidémie de 1868), par le Dr Amédée MAURIN, chirurgien à l'hôpital civil d'Alger. (*Paris, imprimerie nationale et G. Masson*, 1872.)

L'histoire d'une épidémie, lorsqu'elle est relatée par un observateur consciencieux et habile, est toujours fertile en enseignements. Sous ce rapport, le travail de M. A. Maurin, justement couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine, mérite de fixer l'attention des pathologistes, et surtout des cliniciens qui exercent dans les contrées où de semblables épidémies peuvent prendre naissance.

Il sera utile de rapprocher ce nouveau travail de plusieurs mémoires remarquables publiés antérieurement sur le même sujet. Nous citerons ceux de MM. J. Arnould (*Origines et affinités du typhus d'après l'épidémie algérienne* 1869); A. Vital (*Le typhus dans la province de Constantine en* 1868, *in Recueil de mémoires de médecine militaire*, 3e série, t. XXII, p. 81, 1869); J. Périer (*Effets de la misère et du typhus dans la province d'Alger en* 1868, *in Recueil de mémoires de médecine militaire*, t. XXII, p. 449; t. XXIV, p. 461).

Dès l'antiquité, les médecins ont été frappés du génie propre que revêtent, à cause des circonstances particulières dans lesquelles elles prennent naissance, les diverses épidémies.

Toutes les causes extérieures peuvent jouer à cet égard un rôle étiologique, et la description d'une épidémie doit, conséquemment, être précédée d'une étude exacte de toutes les conditions hygiéniques et sociales dans lesquelles elle est survenue.

M. A. Maurin a parfaitement compris ce côté important de sa tâche.

Le typhus algérien est issu tout d'abord de la misère.

Les nuées de sauterelles qui se montrèrent en 1864 et dévorèrent

toutes les récoltes en 1866, la sécheresse extrême de l'année 1865, produisirent chez les populations indigènes une famine horrible. Après avoir fouillé le sol pour y chercher des racines féculentes, après s'être nourris de mauves et de tubercules inconnus jusque-là, les Arabes en vinrent à la dernière expression de la dégénérescence morale, à l'anthropophagie.

L'épidémie éclata en avril 1868, au moment où les affamés errants se groupèrent autour des villes pour y recevoir les secours de la charité.

Tous les malades, à l'aide desquels l'auteur a tracé le tableau de l'épidémie, ont été soignés dans les vastes salles de l'hôpital civil d'Alger, où l'on chercha par des mesures hygiéniques à prévenir les effets de la contagion.

Cependant tous les infirmiers ou infirmières furent atteints. Aucun d'eux ne succomba. Sur onze sœurs qui contractèrent la maladie en s'exposant dans l'atmosphère des Arabes conduits à l'hôpital, neuf succombèrent. L'étude des conditions générales dans lesquelles se trouvait le pays au moment du développement du typhus est faite sous le titre de *Conditions météorologiques*.

On voit dans ce chapitre intéressant, auquel est annexé un tableau des documents fort incomplets au point de vue médical, fournis par l'arsenal d'artillerie d'Alger, que les troubles atmosphériques ont eu depuis quarante ans sur la colonie une influence désastreuse. Cependant, malgré l'importance que l'auteur attache à l'étude des vents et de la température et au fait qu'en juillet, époque de la grande sécheresse, il y eut précisément les cas les plus nombreux, une seule cause beaucoup plus importante nous paraît dominer les autres, c'est *la famine*. Le typhus des Arabes a été un *typhus famélique*. Les troubles atmosphériques, la sécheresse, ne sont que des causes indirectes qui, singulièrement aidées par les sauterelles, ont amené la véritable cause de l'épidémie, la faim.

Né sous cette influence tout extérieure, le typhus devient pour l'auteur une maladie virulente, et il nous paraît important de reproduire, dans ce rapport, l'opinion qu'il exprime à propos de la *pathogénie* et de l'*étiologie :*

« Le typhus exanthématique ou pétéchial est dû à un miasme produit par l'organisme humain descendu à un certain état de débilité qui favorise la décomposition des tissus et communique une virulence spéciale aux émanations qui passent du corps dans l'atmosphère ambiante. Une fois développé, qu'il soit gazeux ou qu'il soit de toute autre nature, le miasme typhique a la propriété de déterminer, chez les individus qui respirent dans le milieu qui le renferme, des accidents morbides de même nature, variables seulement par l'intensité et la durée, mais offrant la même succession dans les périodes diverses qu'ils parcourent. »

Cette proposition veut simplement dire que l'organisme humain

dans le typhus émet des contages ; mais, relativement à cette propriété commune aux autres maladies épidémiques, on trouve dans les observations faites par M. A. Maurin quelques particularités dignes de remarque.

Ainsi, l'air imprégné d'émanations typhiques a été porter la contagion chez des individus qui n'avaient eu aucune relation directe avec les affamés dont l'agglomération était devenue le foyer de production miasmatique, et l'auteur affirme que ceux-ci pouvaient, par des soins convenables, être ramenés à la force et à la vie sans subir eux-mêmes les effets du miasme qu'ils avaient fourni.

Les vêtements peuvent transporter le miasme à une grande distance avec toute sa virulence.

Les appartements, les salles d'hôpital ont conservé pendant longtemps le miasme contagieux. Enfin vingt-cinq observations citées par l'auteur prouvent que les malades deviennent le point de départ du contagium typhique.

La nature du terrain exposé à la contagion a ici la même importance que dans la plupart des autres maladies contagieuses. Mais si le pouvoir réfractaire varie suivant les individus, les observations de M. A. Maurin établissent que ni l'âge, ni la constitution, ni le sexe, ni la race ne peuvent être des conditions d'immunité.

Deux faits prouvent que l'exanthème peut se présenter deux fois dans une même saison chez le même individu, et un grand nombre d'autres démontrent qu'une atteinte antérieure n'est pas suivie d'immunité ; l'auteur pose cependant une réserve pour le cas où un individu traverserait, à plusieurs années de distance, une nouvelle épidémie.

Anatomie pathologique. Les *lésions de la peau* sont : 1° les pétéchies ; 2° les taches rosées lenticulaires ; 3° les sudamina ; 4° les points ecchymotiques ; 5° la gangrène.

Les pétéchies sont *miliaires* ou *lenticulaires*, confluentes ou discrètes, et d'après la description de l'auteur on ne peut hésiter à les considérer comme une éruption hémorrhagique très-analogue à celle du scorbut ; mais la description de M. A. Maurin n'indique pas si ces taches sanguines ont quelque rapport avec les poils, comme dans cette dernière maladie.

Les *taches rosées lenticulaires* coïncident avec les pétéchies ; on les observe à la face, au cou, et principalement à la partie supérieure du tronc. Elles sont en général peu nombreuses et ressemblent d'ailleurs complétement à celles de la fièvre typhoïde. On les voit souvent persister jusque dans la convalescence, et quelques malades les conservent jusqu'au moment où ils rentrent dans la vie habituelle.

Les *sudamina* constituent une éruption assez rare qui coexiste avec celle des pétéchies, dure plus longtemps que cette dernière et ne comporte pas en général un pronostic grave.

Lorsque les pétéchies deviennent larges et acquièrent l'étendue d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, M. A. Maurin leur donne le nom d'ecchymoses ou pétéchies ecchymotiques. Ces lésions s'observent sur la peau ou la sclérotique ; elles indiquent une atteinte profonde de l'économie et se terminent par la gangrène lorsqu'elles sont très-larges.

La *gangrène* est rare ; elle siége à la main ou aux fesses, et dans ce dernier cas c'est une lésion due au décubitus. Il est digne de remarque que, malgré la rareté relative de cet accident, les typhiques offrent une disposition particulière à la gangrène, qui se manifeste alors au niveau des plaies et des ulcérations.

Les *altérations du tube digestif* sont pour l'auteur, contrairement à l'opinion d'autres pathologistes, le véritable caractère pathognomonique du typhus exanthématique.

On trouve dans toute l'étendue de la muqueuse digestive : 1° *l'hypérémie générale ou partielle;* 2° *les plaques rasées.*

L'*hypérémie* peut se montrer sur tous les points à partir de la portion inférieure de l'œsophage. Lorsqu'elle est interne, elle s'accompagne de petites taches ecchymotiques. Il n'y a jamais ni ulcérations, ni perforations.

Sous le nom de *plaques rasées*, l'auteur décrit une altération spéciale de l'intestin qui est constante et présente la même marche chez tous les sujets.

Les caractères de cette lésion sont les suivants : dans l'estomac et principalement dans l'intestin grêle au-dessus de l'appendice iléo-cœcal, on remarque, de distance en distance, des espaces de 3, 4, et jusqu'à 8 cent. de long sur 1 ou 2 cent. de large, où les villosités intestinales ont complétement disparu. Ces espaces n'offrent aucune rougeur, aucune injection et pas de pus. Les bords sont nettement dessinés par les villosités de l'intestin restées intactes. C'est absolument le même aspect qu'un morceau de velours sur lequel, à l'aide d'un rasoir, on aurait enlevé toutes les parties saillantes jusqu'à la chaîne.

Dans le gros intestin les plaques ont une largeur plus considérable que dans l'intestin grêle, et dans le fond de quelques-unes on voit un piqueté noir. Les tissus sous-jacents sont sains ; *les villosités seules disparaissent.*

Les malades qui meurent à une période très-rapprochée du début présentent, à l'autopsie, un nombre considérable de plaques rasées. Ceux, au contraire, qui meurent après une longue maladie, n'en offrent qu'un petit nombre.

Pour M. A. Maurin, cette lésion est au typhus exanthématique ou pétéchial ce que l'altération des plaques de Peyer est à la fièvre typhoïde.

Il est regrettable que l'examen microscopique de ces plaques n'ait pas été fait, car il nous paraît difficile d'admettre avec l'auteur que l'altération reste limitée aux villosités.

Il est probable, au contraire, puisqu'on la rencontre également dans l'estomac, que la muqueuse est elle-même plus ou moins profondément altérée.

Pour les autres organes, à l'exception de la congestion viscérale et généralisée, les autopsies ne sont remarquables que par leurs renseignements négatifs.

Relativement à l'altération du sang, l'auteur ne fournit guère que des hypothèses plus ou moins admissibles. Au microscope, les globules rouges sont moins nombreux et les globulins abondants ; mais cette étude ne paraît pas avoir été faite d'une manière bien précise.

Cependant, par le raisonnement, M. A. Maurin est conduit à faire jouer à l'altération du sang dans le typhus un rôle de premier ordre. Elle serait le point de départ des autres lésions et de la lente transformation organique observée.

Il y a là évidemment dans cette manière de concevoir le typhus le même cercle vicieux que l'on retrouve souvent dans les auteurs à propos des maladies infectieuses. Mais nous ne voulons pas discuter ici cette question de pathologie générale que nous aurons l'occasion de reprendre plus tard dans une revue critique sur l'anatomie pathologique du sang.

L'étude des urines et celle des sueurs n'ont été faites que d'une manière très-superficielle. Il est fâcheux également que les muscles n'aient pas attiré l'attention. Nous avons fait voir, en effet, combien les altérations du système musculaire sont profondes et étendues dans toutes les maladies faméliques, et M. Maurin a noté pendant la vie une telle exaltation de la sensibilité musculaire chez les typhiques, qu'on trouverait probablement dans le typhus des lésions analogues à celles que nous avons décrites chez les malades qui ont succombé au scorbut ou à l'entéro-colite famélique pendant le siége de Paris (V. Soc. de biologie, *Comptes rendus* de l'année 1871).

La symptomatologie du typhus est étudiée avec le plus grand soin ; l'on y retrouve les traits caractéristiques qui ont été décrits par tous les auteurs et dont il nous serait impossible de donner un résumé complet.

Nous signalerons seulement les points qui ont été plus particulièrement mis en lumière par l'auteur.

A part l'éruption exanthématique, dont l'évolution ne varie pas de plus de vingt-quatre heures chez tous les malades, il existe pour les autres symptômes une constance remarquable dans la suc-

cession, mais beaucoup moins dans le temps et la durée de chacun d'entre eux.

Du douzième au vingtième jour survient une période d'amendement qu'on a appelée période critique, et qui, pour M. A. Maurin, est *la fin de la période d'intoxication*. Ce serait l'instant où le sang reprendrait sa vitalité et il serait signalé par le réveil de la plupart des organes soumis à l'influence de l'hypérémie. Un phénomène signale l'apparition de cette période, c'est la sueur.

Dans les observations nombreuses recueillies par l'auteur, on regrette de ne pas trouver l'indication de la marche de la température, qui a tant d'importance dans les maladies générales aiguës. L'étude de la température dans le typhus aurait certainement rendu la description clinique plus intéressante ; elle aurait, de plus, permis à l'auteur de délimiter plus exactement les périodes de la maladie et d'établir les rapports de la température avec l'état sudoral dont il donne une description importante..

Quand on compare les phénomènes observés aux résultats fournis par les autopsies, on voit que la période d'amendement répond à la réparation des lésions intestinales.

C'est là un fait analogue à celui qui a été noté dans l'évolution de la fièvre typhoïde.

La dernière période a été étudiée par M. A. Maurin avec plus de soin que par les autres auteurs. Il la désigne sous le nom de *déclin du typhus*.

Elle est caractérisée par une anémie profonde avec œdème plus ou moins généralisé, état qui persiste avec opiniâtreté malgré une alimentation reconstituante. Il y a dans ce cas une lésion qui persiste et qui est, à la fois, un obstacle à la réparation des pertes que le sang a subies et une cause de déperdition constante des éléments constitutifs du sang.

Pour compléter la description générale du typhus, l'auteur, en se fondant sur la méthode numérique de Louis, a donné sous forme de tableaux les résultats de ses nombreux faits cliniques. Nous remarquons surtout qu'il y est établi nettement que le typhus, né au milieu de masses humaines misérables et rongées de saleté et de vermine, s'est répandu avec toutes ses propriétés infectieuses pour aller frapper l'homme bien portant et placé dans des conditions hygiéniques parfaites.

Ce point de l'histoire du typhus bien mis en lumière ici offre le plus grand intérêt à cause des mesures prophylactiques qu'il commande pour l'avenir.

Les autres parties du travail qui traitent des formes, gravité, complications, contagion, marche, durée, terminaisons et traitement, complètent la description du typhus algérien.

Nous signalerons surtout la marche souvent irrégulière de la

maladie et la variabilité de sa durée, qui oscille de deux à soixante jours, en recommandant aux cliniciens qui voudront prendre une idée détaillée de cette importante épidémie, la lecture fort instructive du long et consciencieux mémoire de M. A. Maurin.

G. H.

Ueber Enstehung und Verbreitung des Abdominal-Typhus (Sur les modes de production et de propagation du typhus abdominal), par A. BIERMER. (*Sammlung klinischer Vortræge, publié par Richard Volkmann, n°* 53, 1873.)

Les recherches récentes sur les fermentations septicémiques ont donné à l'étude de la fièvre typhoïde une nouvelle impulsion. Quel est le point de départ de cette grave affection et quels sont les moyens par lesquels le poison morbide peut se porter d'un individu sur l'autre? Telles sont les questions que l'auteur cherche à résoudre dans ce discours prononcé au congrès de Zurich, le 4 novembre 1872. Les conclusions auxquelles il est arrivé sont résumées dans les lignes suivantes :

1° Le typhus intestinal est une maladie spécifique. Il peut être produit par de mauvaises conditions hygiéniques (température, climat, mauvaise nourriture, suractivité corporelle ou intellectuelle) ou bien simplement par empoisonnement putride.

2° Il faut nécessairement admettre, pour la production de cette maladie, un poison spécifique appartenant au règne animal.

3° Le poison typhoïde peut être transporté d'un endroit à l'autre et se reproduire ou se régénérer dans des circonstances favorables.

4° Il présente, sous ce rapport, la propriété principale de la matière vivante et peut être considéré comme un germe que nous pouvons espérer démontrer un jour d'une manière positive, en l'isolant.

5° La multiplication d'un germe étant considérée jusqu'à présent comme la propriété essentielle des virus appelés contagieux, le germe de la fièvre tyhoïde est un *contagium*.

6° Le germe typhoïde peut être transporté par le malade et par son linge; mais il est douteux que le transport puisse avoir lieu par l'intermédiaire d'un individu sain.

7° L'auteur admet l'opinion de *Gietl*, d'après lequel le virus typhoïde existe seulement dans les déjections et non dans les émanations gazeuses du malade.

8° Ce sont les déjections qui rendent la maladie contagieuse, partout où elles sont placées dans des conditions favorables.

9° Il n'est pas encore décidé si le virus typhoïde peut se multi-

plier dans l'intestin malade ou s'il ne fait que le traverser pour se multiplier au dehors.

10° L'auteur admet que le germe s'accroît dans l'intestin malade; ce fait lui semble démontré par les cas de propagation de la maladie d'un seul individu à toute une famille, et, de plus, par la longueur du temps pendant lequel les déjections du malade sont septiques. Il admet également que l'intestin doit être nécessairement *malade* pour permettre cette multiplication; parce que les médecins ne transportent pas la maladie d'une maison à l'autre.

11° Le malade lui-même ne paraît pas transmettre la contagion, à tel point que la contagiosité a été niée.

12° Cependant les exemples de transmission à des garde-malades prouvent que le malade lui-même peut aussi communiquer la maladie. D'ailleurs il doit être au moins aussi infectant que son linge par lequel la maladie a pu être transmise à la blanchisseuse.

13° La propagation de la maladie dans les épidémies ne tient pas aux fréquentations de personnes.

14° Il faut chercher les causes de cette propagation dans l'air et dans l'eau.

15° La contagiosité de l'air peut être expliquée par les décompositions du sol, des latrines, etc. Celle de l'eau peut être expliquée de la même manière; elle a été démontrée d'une manière très-nette aux moulins d'avoine de Berne, où la maladie a été transmise par la pulvérisation de l'eau infectée. L'air peut également contenir de la poussière provenant des déjections desséchées.

16° L'air ne paraît pas capable de transporter la fièvre typhoïde au loin.

17° L'eau des sources peut, au contraire, transporter le virus comme on l'a vu d'une manière très-remarquable pendant l'épidémie de Winterthur.

21° Il faut cependant, pour que la maladie puisse ainsi être transmise, que le terrain sur lequel tombe le germe soit prédisposé et que le moment soit favorable.

22° L'auteur insiste particulièrement sur la disposition des lieux d'aisance comme le terrain le plus favorable pour la reproduction du germe typhoïde.

23° Il considère de plus, comme un moment favorable pour la production d'une épidémie, l'abaissement de la température, les brouillards (épidémie de Winterthur), les oscillations de l'eau souterraine, l'écoulement des matières alvines dans les puits, les travaux de canalisation dans un terrain infecté, etc.

24° D'autres fois, le germe typhoïde semble rester latent (comme à Zurich) pour un certain laps de temps, au bout duquel on voit survenir des cas endémiques ou épidémiques dont on ne trouve pas la cause occasionnelle.

25° Il est difficile d'admettre, avec Pettenkofer, que dans tous ces cas, on peut retrouver la cause de l'épidémie dans des « *processus organiques du sol* » qui dépendraient des mouvements de l'eau souterraine et de la température.

26° La seule influence que puisse avoir l'eau souterraine sur la fièvre typhoïde, c'est qu'en s'élevant elle diminue les émanations des matières corrompues du sol qui sont mises à nu quand l'eau baisse. La théorie de l'eau souterraine ne peut donc pas s'appliquer à tous les cas. KLEIN.

Beobachtungsstudien über die Verbreitungswege des Erysipelas migrans (Des voies qui servent à la propagation de l'érysipèle), par Ludwig PFLEGER. (*Archiv für klinische Chirurgie, XIV° vol., 3e fascicule, p.* 532.)

Pfleger, au début de ce travail, avoue que le nombre des observations qu'il a recueillies n'est pas suffisant pour l'autoriser à en tirer des conclusions absolues. Les cas sur lesquels a porté son étude sont néanmoins destinés à éclairer la question qu'elle soulève ; la marche de l'érysipèle y a été suivie avec soin et ses différentes particularités ont été représentées sur des planches annexées à ce mémoire.

Sur les limites de l'érysipèle ambulant se trouvent des prolongements plus ou moins irréguliers, dentelés, frangés, dirigés en zigzags, rectilignes, qui sont bien distincts de la rougeur par laquelle une plaque d'érysipèle se continue parfois avec des veines ou des lymphatiques enflammés. — Ces dentelures affectent dans chaque région une direction constante ou peu s'en faut, correspondant à celle que suivra la migration de l'exanthème. P. indique le sens de ces avant-coureurs de l'érysipèle dans chacun des départements de la surface cutanée, et le représente sur des figures schématiques dont on verra tout à l'heure l'utilité. Il serait long et aride de reproduire sa description que l'on saisit au contraire au premier coup d'œil jeté sur la figure.

La rapidité de la migration paraît plus grande au dos, au cuir chevelu d'arrière en avant ; puis à la partie postérieure de l'épaule, à la cuisse et au bras dans la direction centripète.

L'érysipèle peut devenir stationnaire ; il s'arrête, en effet, souvent pour reprendre parfois sa route par un chemin détourné. Ainsi l'érysipèle du sein ne passe pas directement des parois thoraciques à l'abdomen, mais commence par s'étendre en largeur le long d'une ligne qui s'étend vers l'appendice xyphoïde du sternum. — Celui de la face y reste longtemps confiné, puis gagne le cuir chevelu et de là passe aux régions antérieures du tronc, etc., etc. Mais toujours dans ces pérégrinations l'érysipèle se fait précéder par un cercle de prolongements radiés qui indiquent la direction qu'il va prendre.

Cherchant l'interprétation de ces résultats dans des circonstances anatomiques, et tout d'abord dans le trajet des réseaux lymphatiques superficiels, P. a tenté d'injecter ces derniers dans chaque région pour voir si la masse à injection suivrait une direction correspondant à celle des traînées qui précèdent l'érysipèle. Le résultat de ces investigations n'a pas été assez satisfaisant pour lui permettre d'arriver à une conclusion définitive sur ce point.

Il y a quelques années Lauger (*Sitzungsberichte des K. K. Academie der Wissenschaften in Wien*, 1861) avait décrit un phénomène curieux dépendant de l'inégale rétractilité de la peau. Il avait constaté qu'une ouverture circulaire de quelques millimètres faite avec un emporte-pièce dans la peau s'allongeait dans un sens déterminé qui devenait alors son grand axe : il avait étudié et fait représenter sur des planches la direction de ces fentes, et en avait trouvé la cause anatomique dans la disposition lozangique des travées de fibres conjonctives qui forment le derme et qui limitent des espaces oblongs dont les vaisseaux sanguins ou capillaires suivent en général la plus grande longueur.

P. constata que les festons de l'érysipèle migrateur étaient dirigés dans chaque région suivant le sens même des fentes obtenues par la piqûre de la peau ; il admit dès lors que la marche de l'érysipèle était régie par la disposition des trabécules conjonctifs de la peau et qu'elle s'étendait en suivant les vaisseaux dans la direction où elle trouvait le moins de résistance. Suivant lui, partout où elle s'arrête brusquement, l'on peut démontrer des adhérences solides de la peau aux tissussous-jacents ; du reste, elle s'effectue aussi bien dans le sens centrifuge que dans une direction centripète. P. mentionne, à ce point de vue, quelques observations curieuses, mais qui ne sont pas absolument rares.

Quant aux phénomènes anatomiques qui accompagnent la migration de l'érysipèle, P. confirme les observations de Biesiadecki, de Volkmann et de Neumann. Il pense qu'avec les globules blancs du sang un grand nombre de globules rouges traversent les capillaires et se détruisent dans le tissu dermique et sous-dermique en ne laissant comme vestiges de leur existence qu'un pigment brun qu'on y retrouve au microscope. L'exsudat, portant avec lui les matières irritantes (ou phlogogènes), chemine au-devant de l'érysipèle dans direction que lui assigne la disposition des travées conjonctives de la peau, et avant même que la rougeur apparaisse, il trahit sa présence par des gonflements et surtout par un certain degré de douleur à la pression.

L'auteur rapporte deux cas où il a pu avoir connaissance du moment précis de l'infection érysipélateuse ; celle-ci a précédé l'invasion de 12 heures dans un cas, de 36 heures dans le second.

— Jamais ses recherches ne lui ont permis de trouver dans les humeurs ou les tissus les monades ou vibrions auxquels on avait fait jouer un certain rôle dans la physiologie pathologique de cette affection. — En revanche il a remarqué une décoloration particulière des globules rouges du sang dans la circulation générale.

Enfin P. a trouvé les variations suivantes dans la rapidité de la marche de l'érysipèle suivant les jours :

Sur 16 cas d'érysipèle ayant duré 14 jours et plus, il a observé que la migration la plus rapide avait lieu :

Dans	10 cas	le	9e jour
—	3 —	—	10e —
—	2 —	—	11e —

Sur 27 cas d'érysipèle ayant duré 7 jours et plus, les périodes les plus actives correspondaient :

Dans	13 cas	au	3e jour
—	6 —	—	4e —
—	5 —	—	5e —

Dans les 3 derniers cas, la migration n'était pas plus rapide un jour que l'autre.

En général, une certaine élévation de la température précédait d'un jour la poussée la plus rapide et surpassait l'augmentation de calorification notée les jours où la marche de l'exanthème était plus lente.

C'est donc au 8e et au 3e jour de l'érysipèle que l'on doit noter les températures les plus élevées. PAUL BERGER.

De la nature de l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses; communication faite à la Soc. méd. des hôp. le 14 févr. 1873, par le Dr M. RAYNAUD. (*Un. méd.*, 1873, *n*° 24, *p*. 286.)

A l'occasion d'une discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux, M. Raynaud s'efforce de démontrer que l'érysipèle de la face n'est pas une maladie toujours identique à elle-même. L'élément inflammatoire bien connu consiste dans une inflammation de la peau, et surtout du réseau lymphatique ; mais, cet élément ne diffère pas de celui de l'angioleucite, et pour qu'il y ait érysipèle, il faut qu'il s'y joigne un élément spécifique qui rapproche la maladie des grandes pyrexies. On peut affirmer que les érysipèles si bénins des scrofuleux, ceux qui entourent quelquefois les boutons de la variole, les escharres de la fièvre typhoïde, ne sont que des angioleucites.

Le point de départ de l'érysipèle vrai est toujours un petit trau-

matisme qui passe souvent inaperçu ; tout se passe ensuite *comme si* un germe infectieux pénétrait de dehors en dedans par cette voie ouverte, et la marche de la tuméfaction de l'érysipèle est la même que celle de la morve aiguë au début, que celle des accidents de la piqûre anatomique, où le germe est bien connu. L'agent spécifique de l'érysipèle est inconnu, mais n'est-il pas multiple?

Pour résoudre cette question, il convient de regarder dans quelles conditions apparaissent les épidémies d'érysipèle.

Les épidémies d'infection purulente s'accompagnent presque toujours d'érysipèles, dans les mêmes hôpitaux, dans les mêmes salles. Les épidémies de fièvre puerpérale se voient dans les mêmes salles à côté d'érysipèles, et l'enfant né d'une mère atteinte de fièvre puerpérale meurt le plus souvent d'un érysipèle *puerpéral*, tandis que ceux qui se développent autour des pustules de vaccin en dehors de ces épidémies, sont bénins. Enfin, l'auteur a pu reconnaître, après d'autres observateurs, l'augmentation des cas d'érysipèle en même temps que les épidémies des maladies typhoïdes, de la grippe vraie, de la dyssenterie, de la stomatite ulcéro-membraneuse, de l'ophthalmie purulente. M. Raynaud admet alors que « le même agent qui, pénétrant directement dans le sang, ou absorbé par les voies respiratoires, produirait les maladies infectieuses ci-dessus mentionnées, produit un érysipèle lorsqu'il pénètre dans l'économie par un traumatisme intéressant les vaisseaux lymphatiques. L'agent morbide est le même, mais la porte d'entrée diffère. »

M. Raynaud, avec cette hypothèse, explique différentes particularités : l'érysipèle est moins grave que la maladie infectieuse correspondante, parce que la lésion des lymphatiques trouve dans les ganglions un obstacle difficile à surmonter ; l'érysipèle de la face est peu grave, parce que la porte d'entrée, l'écorchure primitive est très-petite ; la face se prend plus facilement qu'une autre région, parce qu'elle est plus exposée aux traumatismes, aux influences miasmatiques, et que son réseau lympatique est superficiel et plus fin. Enfin, si certains érysipèles sont contagieux, si d'autres ne le sont pas, cela tient à leur cause première, qui est variable.

En raisonnant d'après cette hypothèse, les moyens locaux sont inutiles ; un seul semble avoir une influence réelle, c'est le vésicatoire appliqué, suivant la méthode de Dupuytren, en plein sur la plaque érysipélateuse.

J. CAZALIS.

Ueber Diphtherie (De la diphthérie), von Dr H. SENATOR. (*Archiv. für pathol. Anatomie und Physiologie, t. LVI, n° 12, 1 nov. 1872, p.* 56-82.)

Dans ce travail, Senator cherche à élucider la nature de la diphthérie, ses rapports avec le croup, les inflammations croupales ou croupeuses. Nous n'avons pas ici à discuter les conclusions auxquelles il arrive, nous nous bornerons à en faire l'analyse la plus exacte.

Dans la première partie de son mémoire, Senator examine le rôle que l'on a attribué, surtout en Allemagne, à certaines productions végétales, à certains organismes inférieurs ; plusieurs auteurs, Hallier, Letzerich, Nassiloff, Classer, Oertel les regardent comme étant la cause spécifique de la diphthérie, existant et dans les fausses membranes diphthéritiques, et dans le sang et les sécrétions des individus atteints de cette maladie. Or, Senator prouve suffisamment que ces organismes élémentaires ne se rencontrent pas, ou en quantité insignifiante, dans les fausses membranes diphthéritiques des voies aériennes ; que, par contre, ils s'observent dans beaucoup d'affections de la bouche et du pharynx qui n'ont rien de commun avec la diphthérie; qu'on les trouve même chez des individus en bonne santé, dans la bouche, surtout au voisinage des dents.

Dans la seconde partie, l'auteur cherche à établir les diverses formes que peut présenter la diphthérie. Celle-ci est pour lui une maladie infectieuse spécifique, portant principalement sur la muqueuse des premières parties du tube digestif et des voies aériennes y compris la conjonctive. Ce qui permet de lui assigner une place dans le cadre nosologique, ce sont moins ces caractères anatomo-pathologiques que son étiologie, l'intoxication spécifique, et cela que l'agent infectant soit connu ou non. Partant de cette donnée, il établit quatre formes anatomiques ressortissant toutes à la diphthérie.

1. Le catarrhe simple ou la forme catarrhale de la diphthérie : c'est une simple inflammation catarrhale de la muqueuse pharyngée ou aérienne, survenant à la même époque où règne épidémiquement de la diphthérie, de préférence chez des individus en contact avec des diphthéritiques, et pouvant peut-être jouer le rôle d'affection contagieuse.

2. La forme croupeuse est constituée par la présence à la surface de la muqueuse hyperémiée et fortement enflammée, de fausses membranes composées de globules purulents à divers états de développement, enchassés dans un réseau de fibrine plus ou moins considérable. Cette forme croupeuse ne s'observe jamais sur la muqueuse pharyngée, du moins sous l'influence de la diphthérie. Par contre, on la trouve dans la portion des voies aériennes au-dessous des cordes vocales.

3. Dans la forme pseudo-croupeuse, la muqueuse, peu enflammée, légèrement hyperémiée, est recouverte d'une fausse membrane plus ou moins continue, facile à enlever; elle est constituée par des cellules épithéliales hypertrophiées, remplies de filaments de leptothrix et d'autres organismes inférieurs, mais sans mélange de globules de pus. Cette forme s'observe surtout dans le pharynx. Elle se montre souvent dans le cours d'une épidémie de diphthérie, et cela en démontre la nature diphthéritique.

4. Enfin, dans la véritable forme diphthéritique, la fausse membrane ne joue pas un rôle indispensable; ce qui domine, c'est l'inflammation des tissus se terminant rapidement par leur mortification. La fausse membrane, quand elle existe, recouvre une surface ulcérée, saignant facilement. Il y a dans ces cas infiltration de la muqueuse et des couches sous-jacentes par de jeunes cellules très-nombreuses et une substance albumineuse qui a été longtemps regardée comme de la fibrine. On trouve souvent dans ces fausses membranes des organismes végétaux, mais ils sont toujours limités aux couches les plus externes.

Les trois premières formes peuvent exister indépendamment de toute affection diphthéritique; pour pouvoir chez un malade les diagnostiquer comme diphthéritiques, il faut pouvoir constater leur nature étiologique. Cela est évident pour la forme catarrhale. La forme croupeuse peut se montrer après l'action de diverses substances irritantes, et même sous l'action d'influences atmosphériques. La forme pseudo-croupeuse s'observe, en dehors de la diphthérie, chez des individus cachectiques ou fortement déprimés, des typhiques, des blessés graves.

Senator ajoute quelques mots sur la paralysie diphthéritique. Elle se caractérise en ce qu'elle frappe d'abord les parties voisines de la muqueuse malade, pour de là, suivant une marche centripète, envahir des districts d'innervation tout entiers. D'après l'opinion de Leyden, il la rapporte à une névrite progressive (*neuritis migrans*) partant des nerfs de la partie malade pour envahir les troncs et quelquefois les centres, mais en respectant souvent des branches nerveuses intermédiaires. H. THORENS.

Ueber Collapsus nach Diphtherie (Le Collapsus après la Diphthérie), *Communication faite à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands à Leipzig, section de pathologie interne, le* 16 *août* 1872, *par le prof.* **Fr. MOSLER**, de Greifswald. (*Archiv der Heilkunde*, 1873, 1re *livr.*)

La description exacte du collapsus a été donnée par Wunderlich (*Archiv der Heilkunde t.* II *p.* 289) qui le rapporte à une dégénérescence du muscle cardiaque. On l'observe, en général, vers la fin des maladies graves et principalement après la fièvre typhoïde. La

diphthérie qui produit un abaissement considérable des forces peut également, d'après l'auteur, amener le collapsus sans que les paralysies, déjà décrites par Trousseau, en soient la cause principale. La mort arrive généralement d'une manière subite au moment où le malade commence à se porter mieux. Deux observations citées par l'auteur ont fait voir qu'il y a dans ces cas un affaiblissement considérable des parois du cœur qui suffit pour expliquer la mort.

La première observation se rapporte à une jeune fille de quinze ans qui présentait une pharyngite diphthéritique. Au dixième jour, la malade commence à aller mieux, les fausses membranes se détachent et laissent voir de profondes pertes de substance dans le pharynx. Le onzième jour, paralysie des muscles palatins et des membres inférieurs ; commencement de cicatrisation des plaies du pharynx. Enfin, le quinzième jour, collapsus, puis mort subite malgré la transfusion du sang. L'autopsie fait reconnaître une dilatation considérable du cœur et la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque avec anévrysme partiel au sommet du ventricule gauche.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un garçon de huit ans qui mourut subitement dans le collapsus, au commencement d'une bonne convalescence de diphthérite pharyngée. On trouva également une dilatation du cœur avec dégénérescence des parois ; il y avait de plus un polype assez volumineux dans le ventricule gauche et un autre moins grand dans le ventricule droit.

L'auteur conclut de ces faits que toutes les affections qui infectent l'économie entière peuvent produire le collapsus, en agissant sur les parois musculeuses du cœur. Par conséquent, il recommande, outre le traitement local de la diphthérie, un traitement tonique et général. KLEIN.

Nouvelles recherches sur la tuberculose et la phthisie.

Le cancer considéré comme souche tuberculeuse. — Par le Dr E. BURDEL.
(*G. Masson, Paris*, 1872.)

L'auteur, après une longue pratique médicale à Vierzon, a été frappé de la fréquence de la tuberculose dans les familles de cancéreux auxquelles il a donné des soins. Sur 100 familles cancéreuses, 75 ont fait souche de phthisiques, 79 cancéreux ont produit 237 tuberculeux. 32 observations citées comme exemples dans le travail montrent, d'après un calcul fait par M. Hénocque (*Gaz. hebd*, 19 juillet 1872), que 32 cancéreux ont produit 20 cancéreux, 97 tuberculeux et 45 individus indemnes, d'où résulterait que le cancer donne plus souvent naissance au tubercule que le tubercule lui-même. Il faut remarquer toutefois que l'auteur compte comme cancéreux des parents qui succombent plusieurs années après

leurs enfants à une affection cancéreuse. Ce serait donc plutôt la prédisposition cancéreuse que le cancer lui-même, qui, par hérédité, aboutirait à la tuberculose.

En s'appuyant sur ces faits et quelques considérations générales sur les diathèses, l'auteur n'hésite pas à émettre toute une théorie sur la mutabilité des diathèses et à établir, comme loi, que le tubercule n'est le plus souvent que le produit d'une manifestation de la diathèse cancéreuse. Il croit également que le cancer et le tubercule ne forment qu'une seule et même maladie allotropique et que, dans quelques cas, le tubercule n'est qu'une forme spéciale du cancer.

Les observations contenues dans ce mémoire sont certainement fort remarquables ; mais, malgré leur précision, elles sont tellement courtes qu'elles ne peuvent être considérées que comme des documents statistiques. Le diagnostic des affections cancéreuses et tuberculeuses peut être considéré, en général, comme assez certain ; cependant, pour arriver à démontrer une loi en pathologie, on ne doit se servir que d'observations complètes et confirmées par l'examen nécroscopique. Nous sommes très-disposés, pour notre compte, à croire à la parenté du cancer et du tubercule. Ce sont deux maladies consomptives qui semblent destinées à faire disparaître les familles atteintes d'une dégénérescence organique quelconque ; mais les conclusions qui ressortent de la pratique particulière de M. Burdel demandent encore à être vérifiées et confirmées par d'autres observations faites dans d'autres localités et sur un très-grand nombre de familles.

C'est là un sujet qui, à tous égards, mérite de fixer l'attention de tous les praticiens, et dans la poursuite duquel ils devront se munir de documents scientifiques inattaquables.

Etudes générales et pratiques sur la phthisie, par M. PIDOUX. (1873, *Paris, P. Asselin.*)

Le livre de M. Pidoux, déjà contenu en germe dans de nombreuses publications et brochures, est une réponse aux tendances qui se sont manifestées dans ces dernières années, et qui font de la tuberculose une maladie spécifique et virulente. L'idée même de cet important travail est que la tuberculose n'est point un produit spécial, mais une dégénérescence commune, où viennent aboutir une foule d'états pathologiques. Dès lors, si la spécificité n'existe pas, les conditions étiologiques du développement de la maladie sont à chercher, et la thérapeutique, la prophylaxie surtout, doivent être le but constant du médecin. C'est à ce double point de vue, à la fois scientifique et humanitaire, que l'auteur s'est placé, et l'on ne peut nier que jusqu'ici, jamais l'histoire de la phthisie

n'a été tracée d'une manière aussi large ni aussi immédiatement pratique.

C'est assez dire que pour M. Pidoux, la granulation miliaire ne constitue pas tout le tubercule, et qu'il y rattache les différentes variétés de pneumonie caséeuse, au même titre que les gommes à la syphilis. Le pus, la granulation tuberculeuse et la matière caséeuse sont en effet des produits de la même famille; avec des propriétés destructives d'intensité différente, ils ont des affinités étroites et méritent d'être groupés sous le nom commun d'éléments pyoïdes. De leur association variable naissent les différentes formes anatomiques et cliniques de la phthisie, mais la nature de cette maladie reste la même.

Non pas pourtant qu'elle ne puisse subir de profondes modifications de la part d'influences antagonistes et constitutionnelles ; et ici se placent les considérations sur lesquelles M. Pidoux aime le plus volontiers à revenir : je veux parler des rapports qui relient la tuberculose aux autres diathèses. Toutes les maladies chroniques héréditaires, en effet, ont de la tendance à dégénérer, et la tuberculose, produit dégradé par lui-même, devient l'aboutissant commun de toutes ces affections invétérées. C'est ainsi que s'explique ce fait clinique indiscutable, à savoir que le nombre des phthisiques nés de parents tuberculeux est minime, relativement à la somme totale de tous les poitrinaires (20 p. 0/0 seulement). Là aussi peut-être est la raison des différences profondes que présente dans sa marche l'inflammation tuberculeuse. Une phthisie développée sur un individu exempt d'affections antagonistes, telles que les manifestations herpétiques, arthritiques, et les névroses, évoluera d'une façon plus rapide que dans les conditions inverses, et c'est ce qui fait que la phthisie héréditaire constitutionnelle est la plus fatalement grave. A côté de ces influences antagonistes, que M. Pidoux appelle de premier ordre, il en est de secondaires dont la réalité ne nous semble pas aussi bien démontrée : telles sont la chlorose, l'intoxication saturnine, la cachexie palustre et l'alcoolisme dans une certaine mesure, lorsque les conditions hygiéniques sont par ailleurs favorables.

Ces questions de prédisposition tuberculeuse amènent tout naturellement l'auteur à examiner les expériences récentes d'inoculation de la tuberculose. Faut-il s'étonner, si tout en acceptant le fait des inoculations positives, M. Pidoux cite avec plus de prédilection les expériences contradictoires de Wilson Fox et de Sanderson, si favorables à son opinion sur la nature inflammatoire et pyoïde du tubercule? Nous eussions pourtant désiré le voir s'appesantir avec plus de détails sur celles de M. Chauveau, qui, conduites avec le soin et la parfaite exactitude que tout le monde connaît, contribuèrent précisément à dissocier les phénomènes inflammatoires et infectieux qui obscurcissent le problème. Nous

acceptons, par contre, très-volontiers, sinon l'absence de contagion absolue, du moins la grande rareté de ce mode d'introduction de la maladie, et nous admettons parfaitement avec M. Pidoux que « si la phthisie était contagieuse, la terre ne tarderait pas à être dépeuplée de ses habitants. »

Ici se terminent les *études générales* sur la tuberculose : là aussi commencent les études *pratiques*. Il est difficile de donner une analyse de cette partie de l'ouvrage de M. Pidoux, qui mérite d'être lue et méditée attentivement d'un bout à l'autre. L'auteur, passant en revue successivement les principaux caractères cliniques de la phthisie, expose la valeur du symptôme d'après sa propre expérience, plutôt que d'après le résultat de ses lectures, et montre combien le tableau vrai de la maladie diffère souvent de la description classique. C'est ainsi qu'il montre les *hémoptysies* dites supplémentaires, ou survenant chez des arthritiques hémorrhoïdaires, presque toujours symptomatiques d'une tuberculose à évolution lente; la *toux* prenant des caractères différents, suivant qu'elle est l'expression de la lésion pulmonaire, ou au contraire d'une disposition asthmatique qui en rend le pronostic moins défavorable. Nous citerons particulièrement le chapitre des phthisies latentes, où l'influence d'une complication viscérale, de la grossesse, du diabète, est discutée en détail et donne lieu à des considérations de pronostic fort intéressantes.

Le chapitre qui traite des indications thérapeutiques générales de la phthisie nous paraît être celui qui rendra le plus de services pratiques aux médecins. L'auteur se place au point de vue exclusivement clinique, et suit la tuberculose à toutes les périodes, depuis le moment où l'affection ne se caractérise que par quelques troubles à peine appréciables de la santé générale, jusqu'au jour où la fièvre hectique et de profondes lésions locales rendent tout traitement, autre que celui des symptômes, impossible.

Dans les premières phases du mal, l'hygiène domine toute la thérapeutique : l'huile de foie de morue, le phosphate et l'hypophosphate de chaux conviennent à presque tous les cas : l'arsenic, moyen plus infidèle, n'est pas toujours bien toléré.

Plus tard, quand il existe des signes de ramollissement des tubercules l'indication des contro-stimulants et particulièrement de l'émétique se pose, non pas à dose rasorienne, suivant les préceptes de M. Fonssagrives, mais temporairement et d'abord à dose vomitive. Simultanément, à cette période, les révulsifs sont presque toujours utiles. Dans les formes inflammatoires à marche rapide, l'alcool est au contraire la médication par excellence. Il va sans dire que la toux devra presque toujours être combattue par les opiacés et les calmants en général.

Reste, en dernière analyse, l'emploi des eaux minérales dans le traitement de la phthisie. La grande expérience de M. Pidoux et

l'immense quantité de phthisiques qu'il observe annuellement aux Eaux-Bonnes donnent à son opinion sur cette question une autorité toute particulière.

D'après lui, les Eaux-Bonnes auraient surtout une action souveraine et durable contre les catarrhes chroniques d'origine herpétique. Dans la phthisie, elles agissent sur l'élément bronchique, et tendent à rappeler les manifestations herpétiques anciennes, telles que les hémorrhoïdes, les congestions de la peau, la formation d'acide urique en surabondance ; aussi est-ce une médication à deux tranchants, qui peut faire beaucoup de bien et beaucoup de mal. Les Eaux-Bonnes sont contre-indiquées absolument quand le malade ne peut tolérer les médications simples, qu'il a de l'anorexie, de la diarrhée, et surtout quand il est en proie à la fièvre hectique. Au contraire, elles agissent utilement dans les phthisies torpides, et surtout chez les sujets herpétiques, par leurs ascendants ou leurs antécédents. Même dans ces conditions, elles ne produisent pas toujours un effet immédiat favorable, mais constamment des effets éloignés durables. Le traitement doit être prolongé longtemps, avec de très-petites doses, et en ménageant des intervalles de repos entre les périodes de la médication.

La prophylaxie de la phthisie ressort des considérations étiologiques exposées dans la première partie de l'ouvrage. Elle comprend deux points principaux : la prophylaxie de l'individu, qui dépend de ses conditions organiques de tempérament et d'hérédité morbide ; elle se résume tout entière dans des précautions d'hygiène et de séjour dans un climat approprié : la prophylaxie de l'espèce; or, la tuberculose étant l'aboutissant de toutes les diathèses par la misère physiologique qu'elles entraînent, ce sont ces diathèses qu'il faut surtout combattre, la scrofule, et la syphilis notamment, par des mesures administratives mieux comprises. On voit que l'œuvre de M. Pidoux, par ce côté, est tout à fait progressive et libérale : ce n'est pas un des moindres mérites de l'ouvrage d'avoir essayé ainsi de soustraire la thérapeutique de la phthisie, à un fatalisme désolant, conséquence nécessaire des doctrines étiologiques de Laënnec et de M. Villemin sur la tuberculose.

H. RENDU.

De l'unité de la phthisie, par le Dr GRANCHER. (1873, *thèse de Paris* (1).)

Le titre seul de ce travail montre quelle en est l'idée dominante. Plus serré, plus précis en effet que M. Thaon, M. Grancher, reprenant également l'anatomie complète de la tuberculose pulmonaire, arrive à des conclusions presque identiques ; mais l'exposition de ces quelques pages laisse au lecteur une impression de

(1) *Revue des sciences médicales.*

netteté et de clarté qui manque un peu sur quelques points au précédent mémoire.

Envisageant la granulation à un point de vue plus large, M. Grancher montre que rien, ni dans sa forme, ni dans son siége, ne justifie l'antagonisme établi par Virchow entre elle et les produits caséeux, que par elle-même elle n'a rien de défini, et qu'à un moment donné il serait impossible de la distinguer d'une inflammation simple ou d'une production syphilitique ou sarcomateuse. Mais si, à sa période embryonnaire comme à sa période régressive, le tubercule n'a pas de caractère histologique spécifique, il ne cesse pas pour cela d'être du tubercule; on n'a pas besoin pour le reconnaître qu'il offre la plénitude de ses caractères, mais seulement des caractères *suffisants* : or, en faisant subir à la préparation quelques modifications au moyen de réactifs simples, on arrive encore à reconnaître dans la disposition des nœuds caséeux, des alvéoles, etc., quelque chose qui rappelle la granulation type primitive. La conclusion s'impose d'elle-même, les produits dits *caséeux* sont véritablement *tuberculeux*.

Il est inutile d'insister longuement pour montrer combien ces recherches, poursuivies séparément, les unes au collége de France, les autres au laboratoire d'histologie des hôpitaux, concordent à rétablir l'unité de la phthisie, si ébranlée dans ces dernières années. Ajoutons que, dans les détails, elles se confirment également de tous points ; c'est ainsi, par exemple, que M. Grancher admet, comme M. Thaon, et plus affirmativement encore, le *tubercule infiltré*, et qu'il arrive de son côté à rejeter les grandes cellules à noyaux multiples de Wagner, pour les considérer comme des vaisseaux ou des bronchioles oblitérées par de la fibrine. Cet accord dans l'interprétation des résultats fournis par le microscope est une grande garantie en faveur de leur exactitude.

H. RENDU.

Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. (*Thaon. — Thèse inaug.*, 1873.)

Le travail de M. Thaon, entrepris dans un tout autre esprit que celui de M. Pidoux, l'a conduit à une conclusion qui se rapproche beaucoup, au point de vue de la doctrine générale, de celle du médecin de la Charité. Ses recherches, exclusivement anatomiques, ont été faites au laboratoire du collége de France : elles embrassent la tuberculisation dans son ensemble, et, par suite, la question si controversée de la pneumonie caséeuse.

Dans une première partie, qui sert comme d'introduction à l'étude plus spéciale du tubercule dans les différents viscères, l'auteur décrit la granulation tuberculeuse et résume en quelques pages les

différentes théories dont elle a été l'objet. Il rejette la nature lymphatique du tubercule, et démontre que les éléments à noyaux multiples, décrits par Wagner comme caractéristisques, ne sont autre chose que des vaisseaux oblitérés et remplis de fibrine. Quant au siége, il admet qu'elles peuvent se développer partout où existe le tissu conjonctif, tel que l'a décrit M. Ranvier.

A côté de cette *granulation miliaire*, type accepté par tout le monde, se place la description d'une forme plus contestée, qui constitue la *granulation infiltrée*. Identique à la précédente dans sa constitution, elle n'a ni formes ni limites fixes, et se développe suivant un processus qui ressemble beaucoup à celui de l'inflammation ordinaire. Il n'est pas sans intérêt de faire ressortir combien ce résultat se rapproche des vues de M. Pidoux sur la constitution de ces produits qu'il appelle *pyoïdes*.

Enfin, autour de cette granulation peut se manifester une irritation conjonctive normale ; de là une troisième forme, la *granulation fibreuse* de Bayle, équivalente à ce que Rendfleisch avait nommé lymphangite noueuse.

Parallèlement à ces néoplasies, qui constituent le fond de la tuberculose, se montrent des inflammations de nature spéciale, les unes caséeuses, les autres plastiques et interstitielles. Le caractère des premières est d'être ulcéreuses et d'emblée dégénératives : les secondes aboutissent à une véritable sclérose.

Ces inflammations sont bien réellement de nature tuberculeuse, pour M. Thaon, et c'est là un des points les plus importants de son travail. Non-seulement, en effet, leur présence coïncide toujours avec celle de vraies granulations miliaires, non-seulement, elles sont presque inconnues ailleurs que chez les tuberculeux, mais elles présentent histologiquement des caractères spécifiques. Leur aspect, d'abord gélatiniforme, puis gris transparent, leur état colloïde, l'oblitération vasculaire rapide qui les accompagne, et plus encore, leurs propriétés infectantes d'emblée, en font un produit à part qu'on ne peut ni ne doit séparer de la lésion tuberculeuse élémentaire.

Comme preuve à l'appui de sa thèse, l'auteur suit le développement du tubercule dans les systèmes organiques qui ont pour gangue commune le tissu conjonctif de Ranvier, tels que les lymphatiques, les séreuses, le poumon et les ganglions. Suivent, dans quelques pages intéressantes, mais auxquelles on pourrait reprocher de faire un peu double emploi avec les chapitres du début, de nouveaux détails sur la tuberculose pulmonaire, et particulièrement sur les différentes formes de pneumonie qui, chez les tuberculeux, aboutissent à l'état caséeux ; nous citerons spécialement comme bien étudiées, la bronchite caséeuse et les altérations des cartilages qui se rencontrent simultanément dans ces circonstances. Un rapprochement plus immédiat avec les lésions de la laryngite tuberculeuse relégué

au dernier chapitre, eût peut-être mieux mis en relief l'analogie des deux processus.

Enfin, des recherches nouvelles sur le développement et les phases qu'éprouve la granulation tuberculeuse dans l'intérieur des ganglions lymphatiques, sur l'inflammation caséeuse et interstitielle qui l'accompagnent, terminent cet important et consciencieux travail.

RENDU.

On inflammation of the lungs as a cause of consumption (De l'inflammation des poumons comme cause de phthisie), par Arthur Ernest SANSON, M. D. (*Med. times and gaz.*, 23 *nov.* 7 *et* 14 *déc.* 1872.)

L'auteur tranche nettement la question de la tuberculose : pour lui, il n'y a pas de diathèse tuberculeuse. Tous les cas dits de phthisie pulmonaire ont pour point de départ une inflammation plus ou moins étendue. Sous l'influence de cette inflammation, il y a exsudation de cellules : ces cellules exercent une compression anormale sur les vaisseaux capillaires, les détruisent et donnent ainsi lieu à des hémorrhagies. L'action se continue : les parois des alvéoles également comprimées, sont privées de leurs éléments nutritifs : elles dégénèrent et meurent. Jusqu'ici nous restons encore dans les théories soutenues par Niémeyer. Quel est le résultat de cette destruction des tissus? Les éléments organiques étant, d'une part privés de nutrition, et d'autre part restant en contact permanent avec l'air, le transforment en un foyer de putréfaction : les vaisseaux lymphatiques puisent dans ce foyer des principes septiques qu'ils transportent de tous côtés, et ces principes septiques sont le point de départ des tubercules. Que faire, avec une semblable théorie, de la phthisie granuleuse, de la granulation aiguë, miliaire, qui est cependant pour tous les auteurs le type de la tuberculose?

Si, laissant de côté les hypothèses, nous jetons un coup d'œil sur les douze observations rapportées par l'auteur, nous ne serons pas plus d'accord avec lui que nous ne le sommes à propos de sa théorie. Plusieurs de ses observations se rapportent à des enfants, et l'on sait que rien n'est plus incertain que les résultats donnés par l'auscultation, quand il s'agit d'affections pulmonaires chez les enfants. L'état général, une apparence cachectique, n'ont pas une plus grande valeur au point de vue du diagnostic, surtout quand il s'agit d'enfants d'hôpital. Enfin, quoi qu'il en dise, la plupart des faits qu'il cite, une pneumonie chronique, une pleurésie chronique, un empyème avec hydropneumothorax et plus tard fistule intérieure, un catharre pulmonaire avec asthme et emphysème chez un boulanger, etc., etc., n'eussent été pris par aucun médecin attentif pour des faits de tuberculose. A défaut de signes physiques suffisamment

nets, la longue durée de ces affections aurait fait naître l'espoir d'une maladie non tuberculeuse.

Nous ne serons d'accord avec l'auteur qu'au sujet de ses trois derniers malades, chez lesquels il a constaté des excavations, suite de pneumonies. Les malades ne semblent pas, en effet, devoir être tuberculeux et la théorie de Laënnec les aurait à tort condamnés. Malheureusement, au jour où leurs observations sont publiées, ils ne sont pas encore guéris.

Au point de vue du traitement, on ne peut que partager et approuver les idées de l'auteur. Un grand nombre de phthisiques ne sont pas tuberculeux, c'est-à-dire ne sont pas incurables. Tout au moins peut-on améliorer leur situation et prolonger leur existence. Contrairement à la routine ancienne, la question du traitement est donc une des parties les plus importantes dans l'histoire de la phthisie pulmonaire. J. DUBRISAY.

Veränderungen der Kœrperwærme im Laufe der Tuberculose (Des variations de la température organique dans le cours de la tuberculose), par LEBERT. (*Deutsches Archiv für klinische. Medizin, XIe vol., 1re partie, nov.* 1872.)

Ce travail est basé sur l'analyse de 153 observations qui toutes ont été recueillies dans le service de l'auteur. Dans chacune d'elles, la température a été prise régulièrement au moins deux fois par jour. En étudiant comparativement d'une part les caractères des courbes thermométriques, de l'autre l'histoire clinique et anatomo-pathologique de ces différents cas, Lebert est arrivé à formuler des conclusions dont voici, en substance, les plus importantes :

1° La marche de la température dans la tuberculose est celle que l'on observe dans les maladies inflammatoires de longue durée ; elle n'a pas de caractères spécifiques.

2° Bien que la fièvre des tuberculeux atteigne rarement un haut degré d'intensité, elle contribue puissamment par sa longue durée et aussi par ses fréquentes irrégularités à amener l'épuisement et la consomption.

3° Ni l'âge ni le sexe n'exercent, au moins après la puberté, d'influence appréciable sur la marche ni sur l'intensité de la fièvre.

4° Dans la forme typhoïde, qui appartient surtout à la tuberculose aiguë, mais que l'on peut observer également au début des cas chroniques, la courbe est tout autre que dans la fièvre typhoïde proprement dite.

On n'y remarque pas l'ascension progressive des premiers jours ; la température est en moyenne moins élevée ; les rémissions sont moins marquées, elles n'offrent aucune régularité dans leur mode d'apparition et il n'est pas rare de les voir survenir le soir (c'est ce que l'on appelle le type *inverse)* ;

5° La marche de la fièvre dans la phthisie offre souvent des particularités dont ni la forme ni l'évolution de la maladie ne peuvent rendre compte; il est donc probable qu'il peut se développer dans cette affection des produits morbides qui exercent une action pyrogénétique très-diverse et qui peut-être renferment un élément plus ou moins toxique.

6° Il en résulte que les renseignements fournis par l'exploration thermométrique ne peuvent nous éclairer suffisamment sur les troubles que subissent dans la tuberculose les échanges nutritifs.

7° Le matin, la température est souvent normale au début et à la fin de la maladie; dans la période d'état elle s'élève, sans atteindre, d'habitude, un haut degré d'intensité ;

8° Le soir, la température est ordinairement fébrile, rarement très-élevée; la courbe atteint habituellement de 39° à 39° 15; le chiffre de 40° s'observe assez souvent; celui de 42° très-rarement. Dans la dernière période, la température vespérale s'abaisse; en général, elle ne dépasse plus 38°; de temps à autre seulement, elle s'élève momentanément à un chiffre élevé.

9° Dans la tuberculose aiguë on observe un peu plus fréquemment des températures élevées. Dans les cas où la fièvre n'atteint qu'une intensité moyenne, elle offre les mêmes caractères que dans la forme chronique; c'est là un puissant argument en faveur de l'opinion qui rattache à une seule et même maladie les différentes variétés de phthisie pulmonaire.

10° La longue durée de la fièvre dans la tuberculose et l'irrégularité de sa marche doivent être rapportées bien plus à l'affaiblissement croissant des malades qu'à l'intensité des processus pyrogénétiques (?).

11° Il faut attribuer au collapsus la décroissance de la fièvre dans la période ulcéreuse de la maladie.

Deux ordres de causes tendent alors à modifier en sens inverse la température organique : les processus pyrogénétiques tendent à l'élever tandis que d'autres influences tendent à l'abaisser et à produire ainsi le collapsus. Ces dernières finissent par prédominer d'abord le matin, puis, ultérieurement, le soir.

12° Dans la plupart des cas, la température atteint par instants un chiffre élevé, sans qu'aucune circonstance puisse rendre compte de cette perturbation.

13° Dans les dernières semaines ou les derniers jours de la maladie, la température peut subir un abaissement énorme; on la voit tomber à 35°, 34° et même 32° 5; d'habitude, il se produit consécutivement une élévation presque aussi considérable. C'est là l'indice d'une fin prochaine; néanmoins il est très-rare que la mort survienne pendant cette période.

14° La courbe peut présenter dans le cours d'une seule journée des oscillations considérables ; c'est là une des particularités qui

caractérisent le mieux la marche de la température dans la tuberculose.

15° C'est surtout la température du matin qui influe sur le type de la fièvre.

16° Dans certains cas, le type inverse prédomine (parfois dans la proportion de trois jours sur quatre).

17° Quand la maladie subit un temps d'arrêt, ce n'est pas un signe fâcheux de voir la température du matin rester un certain temps au-dessous de la normale.

18° Quand la mort approche, tantôt la température s'abaisse progressivement, tantôt elle reste normale, tantôt elle s'élève, parfois à une hauteur considérable : on l'a vue atteindre 42°. C'est surtout dans la tuberculose aiguë que la température terminale arrive à des chiffres élevés.

19° Au début de la pneumonie chronique disséminée, la température est d'abord normale, puis, peu à peu, il se produit une légère élévation vespérale qui ne dépasse guère 38°. Ce n'est que beaucoup plus tard que la température du matin s'élève de quelques degrés au-dessus de la normale.

20° Quand cette tuberculisation disséminée s'accompagne d'un mouvement fébrile caractérisé, la température peut affecter une marche diverse : dans certains cas, elle reste normale le matin; d'autres fois, la fièvre est d'abord continue, puis elle s'atténue peu à peu et finit par disparaître entièrement.

21° Quand les foyers se multiplient, il peut se produire un mouvement fébrile d'une notable durée, avec exaspérations vespérales. La fièvre est alors, en général, plus intense qu'au moment où les produits morbides subissent leurs métamorphoses régressives.

22° A la suite d'hémoptysies abondantes, la fièvre peut diminuer notablement ou même tomber tout à fait.

23° Il peut se développer dans le cours de la tuberculose chronique, en l'absence de toute complication et de toute cause occasionnelle, des mouvements fébriles intenses; dans les cas favorables, ils s'apaisent peu à peu.

24° Ce n'est pas à la résorption des produits de décomposition que sont dues les exacerbations fébriles que l'on observe parfois dans la phthisie; on les voit en effet se produire dans des cas où il ne se fait pas de ramollissement, et, d'un autre côté, dans des cas de broncho-pneumonie, avec formation de cavernes; la fièvre peut rester constamment modérée; la courbe thermométrique de la pneumonie caséeuse n'a rien de caractéristique.

25° Quand il se fait, dans la dernière période d'une tuberculose chronique, une poussée de granulations miliaires, il est rare que la fièvre subisse un accroissement notable; elle garde d'habitude le caractère qu'elle avait précédemment.

26° La tuberculose miliaire aiguë ou subaiguë des poumons, qu'elle soit primitive ou consécutive, présente dans son évolution presque autant de variétés que la tuberculose chronique. La fièvre peut y être légère ou d'une intensité moyenne, avec exaspérations vespérales; d'autres fois, intense et continue au début, elle devient bientôt irrégulière; dans d'autres cas enfin, elle offre le type rémittent que l'on a considéré comme normal dans cette forme, alors qu'on ne l'y rencontre qu'exceptionnellement.

27° On peut en dire autant de la tuberculose miliaire du péritoine et des méninges.

28° L'apparition d'un pneumothorax provoque habituellement une élévation rapide, mais peu durable de la température.

29° Les phlegmasies qui surviennent dans la période ultime de la tuberculose n'élèvent pas, en général, notablement la température.

30° La péritonite par perforation, quand elle tue rapidement, peut produire un abaissement considérable de la température (jusqu'à 34°).

31° La grossesse et les suites de couches exercent souvent, mais non constamment, une influence fâcheuse sur la marche de la tuberculose; elles favorisent la multiplication des foyers, et précipitent leur ramollissement; il n'est pas rare qu'elles provoquent une poussée de granulations miliaires. H. HALLOPEAU.

Recherches sur les causes du siége des tubercules aux sommets des poumons dans la phthisie pulmonaire de l'homme adulte, par M. VOINOT. (*Thèse inaugurale de Paris*, 1873.)

Il résulte des recherches de M. Dupuy (*Recherches sur l'affection tuberculeuse, etc.*, 1817), de M. Reynaud sur la phthisie des singes du jardin des plantes (*Arch. de méd.*, 1re série, t. XXV, p. 149), de M. Rayer, etc. (*Arch. de médecine comparée*, 1843), que, chez les animaux, la tuberculose se développe indifféremment aux sommets et à la base des poumons.

Chez l'homme adulte, au contraire, M. Louis, sur 123 cas de phthisie observés, n'a trouvé que deux fois les lésions plus accusées à la base qu'au sommet.

Chez les enfants en bas âge, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de deux ans, la tuberculose, comme celle des animaux, est remarquable par la tendance à la généralisation des produits tuberculeux dans un grand nombre d'organes, et par leur développement indifférent à la base, au lobe moyen ou au lobe supérieur des poumons.

L'auteur, amené ainsi à chercher les causes de ces différences chez l'homme et les animaux, pense que la station verticale particulière à notre espèce peut, chez les individus prédisposés à la

phthisie, qui présentent d'ordinaire une tension vasculaire faible, s'opposer à la parfaite irrigation sanguine du sommet du poumon; de plus, la poitrine, chez les animaux, est mieux garantie par leurs poils ou leurs enveloppes contre l'influence du froid extérieur.

Pendant la nuit, chez l'homme, les parties supérieures du corps sont moins couvertes que les parties inférieures, elles sont sans cesse exposées aux refroidissements par suite des mouvements auxquels il se livre pendant le sommeil, et aux courants d'air provoqués par différentes causes et notamment par la sortie d'un air chaud et l'entrée incessante d'un air plus frais s'effectuant à chaque mouvement respiratoire par cette espèce d'hiatus qui est situé entre les couvertures, le cou et les épaules. Il en résulte que la partie supérieure de la poitrine se refroidit à chaque instant, que conséquemment les capillaires du sommet du poumon se resserrent, d'où un alanguissement de la circulation dans ces parties et une diminution de l'hématose. Or, l'abaissement de la température du sang fait aussi diminuer l'absorption de l'oxygène. (*Dict. Littré et Robin*, p. 1300.)

Par conséquent, le tubercule, qui est une néoplasie pauvre, aura de la tendance à se développer, surtout chez les individus prédisposés, dans des organes où la circulation se fait mal, où la nutrition est languissante. Chez les animaux où la partie supérieure de la poitrine n'est pas exposée à ces changements si fréquents de la température; chez les enfants qui, dans les premiers temps de leur existence, sont garantis dans toutes les parties du corps par des maillots; chez les nègres de certaines contrées, qui couchent en plein air et qui exposent leur corps tout entier au refroidissement, les tubercules se développent indifféremment dans les lobes moyen et supérieur du poumon, et ils ont aussi plus de tendance à se généraliser dans un grand nombre d'organes.

L'auteur propose, pour élucider cette pathogénie, de faire des expériences sur des animaux, de tondre deux ou trois fois par semaine un animal et de le placer dans les conditions favorables au développement de la tuberculose : nourriture insuffisante, habitation froide, obscure, humide, etc. Nous ne sommes nullement étonnés que l'auteur n'ait eu que des résultats négatifs dans les quelques expériences entreprises à ce sujet. Du reste, les résultats eussent-ils été bons, que l'on eût été en droit de se demander si les mauvaises conditions dans lesquelles on avait placé l'animal n'avaient pas été capables à elles seules de déterminer l'évolution tuberculeuse.

Parmi les autres causes que l'on peut invoquer pour expliquer le siége des tubercules aux sommets des poumons, l'auteur admet :

1° Le volume beaucoup plus considérable de la base que du som-

met; car, plus un corps est volumineux, plus il se refroidit lentement;

2° Le voisinage, pour la base, du foie, de la rate et du cœur, les organes les plus chauds de l'économie, qui lui céderaient de la chaleur si elle tendait à se refroidir;

3° Le voisinage, pour le sommet, de la trachée et des grosses bronches où passe constamment l'air froid venant du dehors et au contact desquels, par conséquent, le sommet tend à se refroidir;

4° La moindre longueur des canaux bronchiques qui se rendent au sommet que de ceux qui se rendent à la base.

Comme conclusions thérapeutiques, le docteur Voinot propose: 1° de modifier le lit où nous couchons, de telle sorte que la température au niveau du sommet de notre poitrine fasse équilibre à celle de toutes les autres parties du corps; 2° de remédier à l'imperfection du lit par l'usage de vêtements spécialement destinés à protéger le haut de notre poitrine pendant la nuit.

HENRI HUCHARD.

On the sarcina Ventriculi (of Goodsir), par J. MORE. (*Lancet*, 4 *janvier* 1873.)

Homme de 48 ans vomit, depuis un mois, deux à trois heures après le repas du soir. Les vomissements sont d'une couleur brune de la consistance de la crème, très-acides avec une odeur aigre très-prononcée. On y trouve des sarcines parfaitement caractérisées, et absolument conformes à la description de Goodsir, c'est-à-dire des corps transparents, bruns, divisés en quatre parties égales, partagées elles-mêmes d'une façon semblable; chacune de ces divisions contient quatre cellules appliquées sur un fond transparent qui les fait ressortir aisément. Ces parasites pouvaient se conserver dans les matières vomies pendant six semaines sans altération; ces liquides mêmes ne se putréfiaient pas et gardaient la même odeur aigre du début et présentaient pendant tout ce temps la réaction acide qui a été mentionnée. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les sarcines se désagrégeaient, et alors leurs cellules augmentées de volume présentaient une véritable désintégration granuleuse. Pendant trois mois quelquefois on pouvait en trouver des traces dans les matières vomies. La formation de ces parasites était due à un état de maladie de l'estomac favorisant la fermentation des éléments ingérés. L'auteur, malgré l'opinion contraire de Virchow, Lebert et Kuchenmeister, adopte les idées de Goodsir qui pense que les sarcines sont bien réellement le produit de la fermentation. Seulement il pense que toutes les fermentations ne sont pas aptes à favoriser les productions de ces parasites. Il croit que la fermentation *acétique* est le milieu favorable à cette formation, et il a remarqué que l'administration du petit-lait, comme aliment exclusif, pouvait

enrayer la production des sarcines. Après l'ingestion du lait, on peut observer la fermentation vineuse, lactique ou butyrique, mais nullement la fermentation acétique. Des substances antiseptiques ou aromatiques peuvent empêcher l'apparition de ces fermentations et par conséquent des sarcines, d'où l'indication de l'administration de la créosote dans les cas où on rencontre ces parasites.

A. GOUGUENHEIM.

Die Pathologie und Therapie der Leucæmie (Pathologie et thérapeutique de la leucémie), par le Dr Friedrich MOSLER, professeur à l'université de Greifswald. (*Berlin*, 1872.)

Ce livre, d'environ trois cents pages, contient la description complète de cette maladie encore nouvelle, connue sous le nom de *leucémie* ou *leucocythémie*. Tous les faits cliniques se rapportant à cette affection sont mentionnés avec leurs détails les plus intéressants, et, sous ce rapport, le travail du docteur Mosler présente une supériorité incontestable sur toutes les autres monographies publiées jusqu'à ce jour. Cependant nous devons ajouter que cette publication ajoute peu d'éléments nouveaux à l'étude de la maladie qui nous occupe et dont M. Isambert nous a donné une excellente description dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

Après un historique très-complet qui remonte à la découverte de la leucémie, en 1845, par Virchow, l'auteur s'étend sur les centres de formation des globules blancs.

Il résulte de toutes les recherches qui ont été faites que les globules blancs se forment dans toutes les glandes lymphatiques ainsi que dans les glandes appelées lymphoïdes et dont la principale est la rate. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails qu'il donne sur ces recherches, et nous n'indiquerons pas avec lui la liste si longue des observateurs qui, depuis Pline, ont étudié les fonctions de la rate. Le fait le plus saillant, c'est que l'extirpation de cette glande n'entrave pas la vie. Quant aux influences consécutives de cette opération sur le pancréas ou sur l'estomac (Schiff, Baccelli), les expériences de l'auteur donnent des résultats négatifs ; une fois que la guérison avait eu lieu, les chiens privés de la rate présentaient une digestion aussi complète que les autres. La rate étant un centre de formation des globules blancs, il était à prévoir que l'extirpation de cette glande n'amènerait pas d'agglomération des leucocytes dans le sang ; mais ce qui est plus remarquable, c'est que les globules rouges sont presque toujours également diminués par rapport au sérum. Les fonctions de la rate sont remplies, lorsque cette glande est extirpée, par les glandes lymphatiques, et, comme l'ont démontré les expériences de Neumann, par la moelle des os.

L'auteur est donc amené tout naturellement, par ces préliminaires,

à considérer trois formes de leucémie : les deux formes déjà décrites par Virchow, *liénale* et *lymphatique*, et la troisième, la *leucémie myélogène*. D'après Neumann, cette dernière forme serait la plus constante. Tous les autres organes atteints dans la leucémie subissent une infiltration de globules blancs formés en surabondance dans les trois centres de formation : la moelle, la rate et les ganglions lymphatiques.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'étude symptomatologique de la maladie avec quelques explications pathogéniques qui ne présentent rien de particulier. Ainsi la dyspnée, d'après Mosler, s'expliquerait par la fatigue des globules rouges qui suppléent au nombre par leur activité (?). Une expérience cependant nous paraît digne d'être mentionnée : l'auteur a constaté que ni la section des nerfs de la rate ni leur électrisation n'augmentaient le nombre des leucocytes du sang.

Cette expérience mériterait d'être répétée ; car si l'on peut s'attendre à ce que la section des nerfs de la rate, en enlevant toute activité à cette glande, présente les mêmes résultats que l'extirpation, il serait très-important de savoir si la suractivité produite par l'électrisation ne donne réellement pas d'autre résultat.

Le diagnostic et le traitement de la leucémie restent toujours aussi incertains qu'auparavant. L'auteur a fait des expériences sur la quinine qui, comme on le sait depuis longtemps, fait diminuer le volume de la rate hypertrophiée. Il recommande ce médicament dans l'affection qui nous occupe ; mais les résultats obtenus ne sont pas aussi brillants que dans la fièvre intermittente. De même l'extirpation de la rate, comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre d'après les expériences sur les animaux, n'a donné aucun résultat favorable. Il y a même plus : d'après Mosler, cette opération serait plutôt nuisible qu'utile dans la leucémie. KLEIN.

Nouvelles études sur la maladie de Bright.

Clinical lecture on chronic Bright's disease, with contracted kidney (arterio-capillary fibrosis) Leçons cliniques sur la maladie de Bright avec atrophie des reins (état fibreux des capillaires artériels), par W. GULL. (*British med. journal*, 21 *et* 28 *déc.* 1872.)

Les leçons dont je donne ici le compte rendu ont été faites en juin 1872 à Guy's Hospital, dont les bulletins contiennent tant de travaux remarquables de cet éminent médecin sur les différentes parties de la science médicale. Les conclusions qu'en tire M. Gull ont été vivement combattues par un autre clinicien anglais, G. Johnson, qui prétend qu'elles sont la conséquence d'une interprétation histologique erronée. L'auteur de ces leçons pense qu'il

existe certaines atrophies rénales avec albuminurie, qui ne sont autre chose que la suite de lésions vasculaires existant non-seulement dans le rein, mais aussi dans d'autres organes, avant même que le rein ne soit envahi, ou en même temps, ou après. Ces atrophies rénales n'ont d'autre analogie que l'aspect extérieur avec celles qui constituent une des formes anatomiques de la maladie de Bright, et pour faire comprendre la pensée de l'auteur nous citerons ici les paroles par lesquelles se terminent ces deux leçons : « Il est toujours dangereux de s'en tenir à une pathologie trop « étroite, et je pense que c'est une pathologie de ce genre qui peut « se contenter de ce que vous voyez sur cette table. Dans ce bocal « se trouvent un cœur hypertrophié et un rein très-atrophié. Cet « échantillon est classique. Il a été conservé sous la direction de « Bright et pour montrer que l'atrophie rénale est la cause de « l'hypertrophie cardiaque. Je vénère cette idée, par déférence « pour une aussi grande autorité, mais sans être convaincu de sa « vérité; et je pense que s'il eût été possible de mettre dans ce « bocal non-seulement le système capillaire, mais même le sujet « entier en même temps que les deux organes qu'il renferme, on « aurait eu une idée plus véridique de la cause de l'hypertrophie « cardiaque et de l'atrophie rénale. » Cette tendance de Gull à sortir en cette occasion des bornes d'un organicisme étroit et à s'élever à des généralisations en pathologie mérite d'être signalée, venant d'un esprit aussi distingué. Toutefois, les conclusions qui l'y amènent en cette circonstance sont contestées d'une manière assez sérieuse pour avoir été soumises à l'arbitrage d'une commission, et tout en applaudissant pour notre part à ces hautes conceptions dont l'avenir peut-être démontrera la justesse, nous pensons que la parole doit encore être laissée à l'histologie, qui a servi de point de départ au médecin anglais pour édifier sa théorie, dont la base est contestée par des anatomo-pathologistes très-compétents.

Ce n'est pas seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais au point de vue clinique, que l'auteur se place pour soutenir son opinion. A l'hôpital, dit-il, on n'observe guère ces sortes de malades que lorsque l'albuminurie, l'hydropisie et les accidents vulgaires d'urémie se manifestent, mais dans la pratique privée il est permis de voir le début de cette forme de maladie, et alors voici ce que l'on observe; et je cite encore textuellement l'auteur : « L'his- « toire clinique varie dans chaque cas suivant l'organe qui ouvre « la marche de la maladie. Dans un cas, ce sont de l'insomnie, de « la céphalalgie et d'autres troubles cérébraux qui peuvent être les « premières manifestations. Dans un autre, c'est le cœur qui souffre « le premier. Dans un troisième cas, on observe tout d'abord de « l'anorexie, de la dyspepsie, des nausées; dans un quatrième, une « diurèse abondante; dans un cinquième, de la tendance aux bron- « chites avec de l'emphysème; dans un sixième enfin, un malaise

« général, de la faiblesse, de l'amaigrissement, etc. » Ce sont là les premières indispositions pour lesquelles les malades consultent habituellement les médecins. On attribue souvent une origine goutteuse à ces malaises erratiques, d'autant plus qu'on peut constater la présence d'acide urique et d'urates dans les urines. Pour l'auteur, ce sont des perturbations de cause vasculaire, dont la maladie rénale peut ou ne peut pas être une partie prédominante. Et en effet l'examen de l'urine au point de vue de sa densité et de la présence d'albumine est souvent négatif pendant un certain temps, et alors les signes différents que l'on constate peuvent être rapportés à des maladies diverses. On ne peut être éclairé sur la nature de la maladie qu'en examinant les urines avec attention et plusieurs fois par jour. Cet examen, fait attentivement, révèle la présence d'une très-petite quantité d'albumine, qui disparaît parfois pour être remplacée par des dépôts d'acide urique et d'urates de soude et d'ammoniaque. L'urine la plus favorable pour cet examen est celle qui est expulsée de midi à 9 ou 10 heures du soir.

Avant d'affirmer l'origine anatomo-pathologique de ces accidents divers, l'auteur s'attache à réfuter la relation de cause à effet qu'on a cherché à établir constamment entre l'hypertrophie cardiaque et la maladie rénale. Bright avait pensé que l'altération du sang par la maladie rénale causait une lésion vasculaire qui rendait la circulation plus difficile, d'où l'hypertrophie du cœur pour triompher de cet obstacle ; G. Johnson pensait qu'il se produisait une hypertrophie de la tunique musculeuse des vaisseaux, compensation de l'hypertrophie cardiaque et destinée à modérer l'accès du sang altéré vers les tissus. Mais Wilks, Dickinson, Grainger-Stewart ont mentionné l'absence fréquente d'hypertrophies cardiaques malgré la présence d'altérations diverses du rein. On a dit alors que cette hypertrophie ne coïncidait qu'avec des reins atrophiés; des observations de Moxon et de Murchison auraient démontré l'inexactitude de cette proposition, puisqu'ils ont trouvé des reins ainsi altérés sans qu'il existât de l'hypertrophie du cœur, et pourtant dans ces cas on avait constaté des lésions des reins très-avancées. Le docteur Sutton et l'auteur auraient trouvé dans cette forme de maladie de Bright une altération plus ou moins considérable des petites artères et des capillaires de tout le corps, que Dickinson aurait rencontrées aussi. Les parois de ces vaisseaux étaient épaissies par la formation d'une substance *fibreuse ou fibro-hyaline*. C'est surtout dans les tuniques externe et interne que l'on rencontrerait cette altération. Le docteur Beale semble appuyer cette manière de voir, puisque pour lui l'altération des vaisseaux n'est pas une hypertrophie musculaire, comme Johnson le pense, attendu que les éléments contractiles sont diminués et même peu appréciables, c'est une substance dépourvue de contractibilité qui augmente l'épaisseur des vaisseaux ; aussi le calibre

des vaisseaux est-il diminué. W. Gull et Sutton pensent enfin, contrairement à l'opinion de Johnson, que les altérations épithéliales sont consécutives à ces lésions vasculaires et ne les précèdent point.

Les capillaires des autres organes, tels que les poumons, l'estomac, la rate, le cœur, les méninges, la peau, la rétine, seraient le siége d'altérations identiques.

Voici, pour terminer, les conclusions de leur travail : 1° cet état morbide survient à la période moyenne de la vie, il est caractérisé par la formation de substance fibroïdo-hyaline dans les artérioles et les capillaires ; 2° on rencontre de l'atrophie à différents degrés des tissus sous-jacents ; 3° ces altérations commencent habituellement par les reins, mais peuvent débuter ailleurs ; 4° l'atrophie du rein n'est pas la cause, mais un des effets de la maladie ; 5° l'hypertrophie cardiaque est consécutive à ces lésions vasculaires et à la circulation difficile du sang qui en est la suite et non à une altération du sang ; 6° le sang peut être altéré sans produire cette hypertrophie pourvu qu'il n'y ait pas de lésions vasculaires ; 7° les causes de ces lésions vasculaires sont encore obscures ; 8° il est probable qu'elles sont un indice de sénilité précoce.

A. GOUGUENHEIM.

Pathology of chronic Bright's disease with contracted kidney, with especial reference to the theory of arterio-capillary fibrosis (Atrophie des reins dans la maladie de Bright, réponse à la théorie de l'état fibreux des capillaires artériels comme cause de cette affection), par G. JOHNSON. (*Brit. med. journ.*, 21 *déc.* 1872.)

Discussion et réfutation du travail de MM. Gull et Sutton, devant la société royale de médecine et de chirurgie de Londres, séance du 10 décembre. L'auteur y combat les conclusions du mémoire de ces deux médecins, il prétend que l'aspect fibro-hyalin est le produit d'une action chimique, c'est-à-dire de l'imbibition des pièces par la glycérine ou l'eau camphrée et qu'on ne le retrouve pas si l'on examine au microscope des coupes fraîches et non traitées par ces substances ; enfin, si l'on neutralise l'*action de la glycérine par l'ammoniaque, l'aspect normal réapparaît.*

Il soutient que l'hypertrophie *de la tunique musculaire existe très-fréquemment* et que c'est elle que les auteurs auraient pu prendre parfois pour la lésion qu'ils décrivent, attendu que la tunique musculaire est composée de deux couches, l'une circulaire interne, l'autre longitudinale externe que l'on pourrait prendre pour une tunique fibreuse; enfin, comme corollaire de cette opinion, ces lésions n'existeraient pas naturellement dans les capillaires, mais dans les artérioles qui seules possèdent une couche musculaire.

Il pense que si Gull et Sutton, dans leurs préparations, n'ont rencontré que des traces de la couche musculaire, c'est que l'imbibition de la tunique externe aurait refoulé en dedans cette couche qui se serait confondue avec la tunique interne, qui est mentionnée aussi comme hypertrophiée dans le travail de ces deux auteurs. Quant à l'hypertrophie du cœur que peut causer manifestement l'état atrophique des reins, il regrette que les auteurs n'aient pas tenu un compte suffisant, pour l'expliquer dans certains cas qu'ils ont relatés, de l'aspect des poumons et des gros vaisseaux dont les autopsies ont montré fréquemment les lésions. Enfin il répond à la conclusion suivante que les causes de ces atrophies rénales sont quelquefois assez obscures, en adoptant l'opinion de Todd et d'autres médecins anglais, que cette lésion est le plus souvent d'origine goutteuse et consécutive à une altération primordiale de l'épithélium des tubes rénaux.

Le docteur Sutton répond à ces observations que, s'il est possible que l'imbibition des pièces par la glycérine puisse amener un peu de gonflement, cause de l'apparence hyaline, elle est impuissante à produire l'aspect fibrillaire qui existe toujours et que Johnson croit être le résultat de la macération de la pièce.

Même en traitant les coupes par une solution saline, il constate encore cette apparence fibreuse, non-seulement dans les petits vaisseaux du rein, mais dans ceux des différentes parties du corps. Il s'appuie enfin sur les opinions conformes des docteurs Dickinson, Grainger, Stewart, Bastian, Sankey, Payne. La société décide de faire examiner cette question par un comité pris dans son sein.

A. GOUGUENHEIM.

Lectures on the pathology, diagnosis and treatment of Bright's disease, par G. JOHNSON. (*Brit. med. Journ.*, 4, 11, 25 *janvier et* 1, 15, 22 *février.*)

La maladie de Bright fait depuis longtemps le sujet des études de M. Johnson. Il y a vingt ans déjà, il signala l'hypertrophie de la tunique musculeuse des petites artérioles dans la forme atrophique de cette maladie. Récemment, il contestait les conclusions d'un travail de Gull sur la sclérose des petites artères, travail dont nous venons de donner l'analyse.

Dans ces leçons, il passe en revue les diverses formes cliniques et anatomiques de cette maladie, et, chemin faisant, il combat quelques-unes des idées de l'école allemande de Virchow. L'étude histologique de l'urine a été faite avec un soin tout particulier, et de nombreuses planches fort claires et très-bien faites reproduisent d'une façon remarquable les descriptions de l'auteur.

La première leçon est consacrée à l'anatomie et à la physiologie du rein, ainsi qu'à la recherche de l'albumine dans les cas obscurs;

enfin l'auteur la termine par l'énonciation de quelques propositions résumant la nature de la maladie et les lésions principales et constantes qu'on y rencontre.

Anatomie du rein.— Johnson accepte l'opinion de Bowman et de Beale sur la continuité des canaux contournés et des canaux droits, et repousse celle de Henle qui mettait en doute cette continuité. Il n'admet pas le tissu conjonctif interstitiel et pense que la tunique externe des canalicules, basement-membrane comme il l'appelle, constituée par une sorte de tissu transparent et amorphe, n'est en aucune façon séparée des autres canaux par du tissu conjonctif. Il n'existe entre eux que le réseau vasculaire. C'est la partie la plus importante de cette description, car c'est sur elle que se fonde Johnson pour rejeter la néphrite interstitielle de Virchow.

Physiologie. — La substance médullaire est un simple filtre de même que les parties de l'organe en rapport avec le glomérule; la substance corticale, au contraire, serait éminemment glandulaire, c'est là que se produirait l'élaboration ou la séparation des éléments solides de l'urine. Cette vue trouverait suffisamment sa démonstration dans la différence d'épithélium des canalicules des deux substances.

Malgré cela, il règne encore sur le rôle de l'épithélium de la partie corticale une grande obscurité. On avait cru un moment que l'urée surtout était élaborée par cet épithélium, les expériences d'Oppler avaient paru résoudre la question dans ce sens ; il aurait trouvé plus d'urée dans le sang après la ligature des urétères qu'après la néphrotomie; mais dans ce dernier cas la mort était tellement rapide, qu'on pouvait supposer que l'urée n'avait pas eu le temps de s'accumuler dans le sang. C'est alors que les recherches de Meissner auraient démontré qu'en examinant le foie dans ces circonstances on y trouvait de l'urée en quantité assez notable. Ainsi la fonction glandulaire du rein n'était-elle pas plus éclairée que par le passé.

M. Johnson en arrive ensuite aux causes qui peuvent rendre la recherche de l'albumine dans l'urine plus difficile. Une urine trop alcaline ne précipite pas par la chaleur : on peut obtenir ce résultat artificiellement en alcalinisant une urine albumineuse. L'urine trop acide peut aussi ne pas précipiter par la chaleur, et le docteur Beale a démontré que la présence d'acide phosphorique en grande quantité pouvait être un obstacle à la formation du précipité, qui ne se faisait alors qu'à la faveur de l'addition d'une grande quantité d'acide azotique. Si l'on ajoute à l'urine après l'avoir chauffée une certaine quantité d'acide, la dissolution de l'albumine peut en être la suite. Il ne faut pas oublier que, chez les sujets qui prennent du cubèbe, du copahu et d'autres résines, l'urine peut être troublée par l'acide nitrique sans l'être par la chaleur. Enfin, on peut avoir sous les yeux une urine légèrement uratée et albumineuse ; il faut alors, pour reconnaître l'albumine, avoir soin de chauffer les couches

supérieures : les sels se dissolvent, et si l'on poursuit l'opération, l'albumine se révèle ensuite en troublant le liquide. L'urine est-elle très-peu albumineuse et fort claire, il sera bon de laisser couler, en penchant le tube, dix à douze gouttes vers le fond du verre; en relevant le tube, on pourra constater trois zones : une inférieure, l'acide; la deuxième au milieu, le précipité trouble; la troisième supérieure, l'urine claire.

L'auteur termine cette première leçon par les propositions suivantes, sortes d'aphorismes de la maladie de Bright:

1° Cette maladie est le résultat d'une altération du sang. En effet, elle est toujours bilatérale, à des degrés différents toutefois. Moxon aurait, dans un cas, observé l'unilatéralité de la lésion ; le rein non altéré était seulement plus petit. Cette immunité était le résultat d'une oblitération de l'artère rénale; tout l'effort de la maladie avait porté sur l'autre organe; la circulation dans le rein non malade se faisait, mais difficilement, par des artères collatérales.

2° La maladie débute par l'épithélium de la partie glandulaire du rein. C'est le résultat de l'élimination irritante des produits d'un sang altéré.

3° La tunique externe, basement-membrane, et la capsule du glomérule subissent des modifications consécutives à la précédente lésion, mais on aurait exagéré ces altérations, et M. Johnson prétend que ce que Virchow et ses élèves ont appelé hyperplasie conjonctive n'est autre chose que les effets du plissement de cette enveloppe sous la pression du verre.

4° Les lésions vasculaires sont plus tardives et moins constantes en tout cas que les altérations des canaliculi.

5° La maladie se reconnaît, à ses diverses périodes, à l'examen microscopique des éléments solides que contient l'urine.

La deuxième leçon est consacrée à l'étude de la maladie aiguë de Bright, que l'on observe surtout, ou dans le cours de la scarlatine, ou à la suite d'un fort refroidissement. Le tableau de la maladie n'est pas uniforme; le début peut être très-aigu ou insidieux. S'il est très-aigu, on constate des frissons intenses, de la fièvre, une grande agitation, de l'anorexie, de la soif avec sécheresse de la langue, une douleur dorsale très-vive avec irradiations vers les jambes; s'il est insidieux, ce sont des troubles gastriques qui ouvrent la scène, ou bien de la pâleur et de la bouffissure du visage. Dans ces cas, l'urine est rare, très-colorée en rouge, présentant quelquefois une teinte bleuâtre. La miction est douloureuse, il y a un vrai ténesme vésical, les malades se plaignent de douleurs épigastriques et de gonflement dans cette région. Les glandes séreuses peuvent devenir rapidement le siége d'épanchements; enfin des accidents cérébraux éclatent quelquefois très-vite.

Ces accidents peuvent durer de quelques jours à un mois et plus. La gravité des accidents n'est pas toujours dans cette forme un pré-

sage funeste, car souvent les malades se remettent assez aisément, et en ce cas on voit les urines reparaître avec abondance, les hydropisies disparaître ; mais l'albumine persiste souvent un temps assez long après la guérison apparente. Quelquefois, c'est là le début d'une albuminurie chronique.

Examen microscopique de l'urine. — Presque tous les cylindres que l'on rencontre sont composés de fibrine, soit seule, soit accompagnée de cellules épithéliales, soit de globules de sang; les premiers sont clairs, les seconds sont plus ou moins foncés, les troisièmes sont colorés et plus sombres que les autres. Ces cylindres ont des formes différentes et reflétant l'aspect des canaux où ils se sont produits. Sont-ils étroits et clairs, ils sont composés alors de fibrine qui s'est coagulée dans le canal central, et alors l'épithélium de revêtement n'est pas tombé; mais s'ils sont larges, il est facile de deviner que les tubuli se sont dépouillés de leur épithélium et que c'est là la cause de cette augmentation de diamètre de ces cylindres. Enfin l'auteur a constaté aussi la présence de cylindres d'épithélium dont les cellules avaient subi la dégénérescence graisseuse, et il fait remarquer que, malgré les appréhensions qu'avait pu faire naître cette apparence, les malades avaient entièrement guéri.

Anatomie pathologique. — Les reins, très-congestionnés, présentaient un aspect muscade, les parties foncées étaient formées par les canalicules remplis, soit d'épithélium tuméfié, ou desquammé, soit de fibrine coagulée contenant des globules de sang.

Les parties claires étaient constituées par les vaisseaux et les glomérules devenus exsangues à la suite de la compression que leur faisaient subir les canaux dilatés outre mesure.

Physiologie pathologique. — C'est par l'épithélium que débute la lésion rénale. Et cela est dû, dit l'auteur, à l'élimination des éléments liquides et solides d'un sang très-altéré. C'est la même cause qui produit à la longue des lésions du rein et une albuminurie consécutive, chez les diabétiques, dans les cas d'ictère grave, et dans une foule d'états morbides d'une gravité plus ou moins grande.

Johnson explique la diurèse abondante qui se fait au déclin de la maladie par la présence de l'urée en grande quantité dans le sang, effet que l'on a pu provoquer artificiellement en injectant cette substance dans les veines d'un chien.

Indépendamment des cylindres fibrineux, épithéliaux ou sanguins, l'auteur a observé dans l'urine et dans les canalicules du rein des cylindres de grosseur différente suivant le diamètre des canaux où ils se formaient; ils étaient composés de cellules ressemblant à des globules de pus et à des leucocytes. Il les avait d'abord appelés cylindres de pus, mais il a renoncé à cette appellation que ne justifiait point le processus anatomo-pathologique pour y substituer celui de cylindres d'exsudat; ces globules sont quelquefois mélangés d'épithélium; Johnson ignore quelle peut être la source de ces

cylindres et il pense qu'ils sont formés de leucocytes qui auraient cheminé à travers les parois des vaisseaux et se seraient accumulés dans les canalicules. Il les a rencontrés à la suite des cylindres épithéliaux, puis les a vus disparaître pour faire de nouveau place à ces cylindres.

L'auteur attire enfin l'attention sur une variété de maladie aiguë de Bright sans albuminurie. Blackall en a décrit deux cas, Roberts, deux, Basham, un, et lui-même quatre; il ne sait quelle explication donner de cette singulière anomalie.

En parlant de la composition du sang, il appelle l'attention sur la diminution considérable de l'hémoglobine, cause probable de la pâleur des malades; l'hémoglobine descendrait de 0,13 pour 1,000 à 0,09 et même 0,05.

A propos de l'étiologie, l'auteur cite un cas remarquable d'albuminurie aiguë, très-rapide dans sa marche, douze à quinze heures environ, chez un alcoolique de trente ans, observé par le docteur Baxter. Cet homme aurait eu même des accidents urémiques et on aurait pu constater la présence de l'albumine dans l'urine. Peut-être la cause de ces accidents graves, mais passagers, était-elle due à la présence d'une violente congestion des deux reins.

La troisième leçon est consacrée à l'étude de la forme atrophique et granuleuse de la maladie chronique de Bright, forme à la fois clinique et anatomo-pathologique.

La lésion est atrophique dès le début, la capsule extérieure épaisse et adhérente, la surface de l'organe granuleuse et rugueuse, la couleur reste rouge, ce qui sépare cette forme de rein granuleux, que l'auteur appelle *small red contracted granular kidney*, de cette autre variété, granuleuse aussi, mais de couleur blanche et anémique (*white and anœmic*). C'est la substance corticale qui diminue de volume; celui de l'organe entier peut être réduit du tiers ou de la moitié. On voit parfois à la surface de petits kystes en plus ou moins grand nombre et de différentes grosseurs.

Cette forme est essentiellement chronique, insidieuse dans son début, et souvent associée avec la goutte (*gouty kidney*). On la rencontre chez de gros mangeurs, des alcooliques ou des dyspeptiques invétérés. Parfois un refroidissement brusque en est une cause déterminante. L'intoxication saturnine peut déterminer à la fois des accès de goutte et cette altération rénale (Garrod et Dickinson). On la rencontre aussi quelquefois dans l'état puerpéral. Les hydropisies s'y montrent très-rarement, l'hypertrophie du cœur sans lésion d'orifices l'accompagne très-souvent.

C'est cette forme que, selon Johnson, Virchow appelle bien à tort néphrite interstitielle; car la lésion initiale résiderait dans l'épithélium et c'est par la suite que la tunique externe des canalicules, basement-membrane, s'épaissirait, se recroquevillerait, et c'est cette

lésion qui aurait été décrite par le savant allemand comme lésion primitive.

La tunique musculeuse des petites artérioles s'hypertrophierait toujours dans cette forme. Cette hypertrophie de la tunique musculeuse des artères serait pour Johnson la particularité la plus remarquable de la forme de lésion qu'il décrit dans cette leçon.

Examen microscopique et chimique de l'urine. — C'est toujours, dit l'auteur, par l'épithélium que débute cette lésion. En effet, si l'on examine l'urine d'un goutteux chronique après une attaque, on trouvera souvent des indices d'une altération rénale à son début, même si l'urine n'est pas encore albumineuse. On constatera, en effet, dans le précipité des amas de débris granuleux, des *cylindres* de ces débris, d'autres cylindres plus foncés, rougeâtres, contenant des globules sanguins désagrégés: enfin on en rencontrera d'hyalins, fibrineux avec une apparence légèrement granuleuse. Ce sont là les premiers indices d'un état maladif de l'épithélium rénal. C'est après une attaque assez forte qu'on rencontre ces altérations, même sans albuminurie. Dans les intervalles de ces attaques on ne trouve rien : plus tard ces lésions sont constantes ; alors survient l'albumine. En même temps l'urine est fort abondante, pâle et légère; de 1,010 à 1,005 de densité, ce qui tient (Christison) au peu d'abondance des solides qui peuvent être réduits à 1/5 et même 1/12 de leur proportion habituelle. C'est la conséquence du repos forcé et de l'inanition. L'albumine est très-variable: absente au début, elle peut devenir très-abondante pour disparaître quelquefois plus tard.

Anatomie pathologique. — Les reins doivent être examinés le plus tôt possible. C'est dans les tubes contournés, les artérioles et les glomérules qu'on rencontrera les lésions.

Canalicules. — Quelques-uns sont normaux, d'autres opaques et granuleux avec un canal central clair, d'autres sont comblés par l'épithélium, ce qui les rend très-foncés ; un certain nombre sont dépouillés de leur revêtement épithélial que l'on trouve dans les urines; enfin on constate aussi la présence de coagula fibrineux. Si la destruction de l'épithélium est assez étendue, on voit les parois des canalicules se recroqueviller en laissant entre eux des espaces occupés par des débris d'autres tubes atrophiés et des vaisseaux. L'atrophie est donc consécutive à ces altérations épithéliales.

D'un autre côté, on voit des canalicules très-dilatés, affectant même le volume des glomérules et le dépassant parfois: ce sont ces canaux dilatés qui forment les kystes signalés plus haut. Ces canalicules sont tapissés et souvent remplis par des cellules rondes, transparentes, avec un noyau central. Plus l'atrophie du rein est considérable et plus nombreux sont ces kystes. L'obstruction d'une partie d'un canalicule serait la cause de la dilatation du reste du conduit. La tunique externe paraît épaissie et le plissement qui se produit à l'examen simule parfaitement un amas de tissu conjonctif.

Ludwig partage aussi cette manière de voir. A la capsule du glomérule, cette apparence de tissu fibreux serait encore plus nette qu'à la tunique externe des canalicules, mais ce serait encore une illusion d'optique pour les mêmes raisons. Par suite du retrait et de la diminution de calibre des canalicules, beaucoup de glomérules se trouvent rapprochés et presque en contact. On pourrait confondre à l'examen microscopique des canaux dilatés avec la coupe de glomérules, mais dans ces derniers il y a des capillaires qu'on reconnaît à leurs noyaux, tandis que dans les premiers on voit manifestement le canal central.

Récapitulation de ces lésions dans leur ordre chronologique : *L'épithélium devient opaque, granuleux, dégénère et se désagrége, il remplit les tubes et les rend opaques, plus tard ils se vident de cet épithélium et se contractent, d'autres en s'élargissant deviennent le siége de kystes, quelques-uns se remplissent de fibrine, de sang ou de graisse, enfin la membrane externe des canaux s'épaissit et peut simuler sous l'objectif du tissu fibreux.*

Depuis vingt ans, Johnson a toujours observé dans cette maladie l'hypertrophie de la tunique musculeuse des petites artères ; ce n'est pas au début, mais à une période éloignée, qu'il a constaté cette lésion. Les vaisseaux des glomérules sont épais et presque opaques, ce qui leur donne une apparence grisâtre.

Cette forme de la maladie de Bright se développe très-insidieusement. Un des premiers signes serait la fréquence de la miction surtout la nuit, puis de la dyspepsie avec gastralgie, nausée et constipation très-opiniâtre. Les urines d'abord très-troubles et remplies d'urates deviennent limpides, copieuses et albumineuses. Les malades alors s'affaiblissent rapidement, et deviennent incapables de supporter la moindre fatigue. La respiration est courte, la peau sèche et d'une pâleur complète, les conjonctives sont boursoufflées, enfin surviennent de l'assoupissement et des troubles de la vue.

L'hydropisie n'est pas commune dans cette forme, 42 fois sur 100, et, le plus souvent, c'est un phénomène ultime. L'hypertrophie du cœur est très-fréquente et serait la suite, d'après Johnson, de l'hypertrophie musculeuse des petits vaisseaux. Les hémorrhagies ont été observées assez fréquemment, du côté de la muqueuse nasale, de l'intestin, du poumon, de la vessie et du cerveau. Enfin les troubles de la vue peuvent être brusques ou progressifs; des accès de dyspnée, surtout nocturne, peuvent se montrer même sans aucune lésion du poumon ou de la plèvre ; enfin les malades sont fréquemment emportés par des accidents cérébraux. Ces derniers signes surtout sont le résultat de l'intoxication urémique.

A. GOUGUENHEIM.

Mémoire sur une variété non décrite de pyélo-néphrite, ou pyélo-néphrite hémato-fibrineuse, par Auguste Ollivier, médecin de l'hospice d'Ivry, agrégé à la Faculté de médecine. (*Archives de physiologie*, 1873, *n° 1, janvier.*)

Se proposant d'étudier les rapports qui existent entre les hémorrhagies des différents parenchymes et l'endartérite déformante, M. Ollivier commence par décrire un des effets de l'athérome dans les reins.

Observation. — *Hématurie ancienne chez un vieillard de 72 ans; catarrhe bronchique, pneumonie ; mort. — A l'autopsie : indépendamment des lésions pulmonaires reconnues pendant la vie, rein droit converti en une tumeur bosselée ; dilatation du bassinet et des calices par des masses fibrineuses ; néphrite interstitielle consécutive ; athéromasie généralisée du système artériel et anévrysmes de l'artère rénale correspondante et de ses principales divisions.*

Pultier, âgé de 72 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, le 17 avril 1872. Son père est mort à 72 ans d'une attaque d'apoplexie. Il y a six ans, il fut pris sans cause appréciable d'un pissement de sang qui depuis n'a pas cessé. A aucune époque il n'a ressenti de douleurs dans la région des reins ni à l'hypogastre. Il n'a jamais souffert que lorsqu'en urinant il rendait des caillots trop volumineux. Cette hématurie, quoique continuelle, ne fut jamais assez forte pour le décider à entrer à l'hôpital.

Il y a quinze mois, il eut une attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite qui disparut presque complétement.

Au commencement d'avril, il contracta un catarrhe bronchique pour lequel il entra à l'infirmerie.

On s'assura alors qu'il n'avait pas de calcul vésical.

Le malade, ayant contracté une pneumonie, mourut le 1er mai.

Autopsie. — Les artères de l'encéphale sont athéromateuses. Il existe dans le corps opto-strié gauche un foyer de ramollissement de la grosseur d'une noix, d'une coloration légèrement brunâtre et entouré d'une zone analogue à ce que l'on a décrit sous le nom d'apoplexie capillaire.

Pneumonie lobaire du poumon droit.

Plaques athéromateuses à la base des valvules aortiques et mitrale.

A la face interne de l'aorte, nodules et plaques athéromateuses.

Le foie et la rate sont atrophiés sans autre altération.

La vessie est saine, sa muqueuse n'est ni épaissie ni injectée. Elle ne renferme ni sang ni urine.

Le rein gauche ne présente rien de particulier à noter.

Le rein droit a la forme d'une tumeur à surface bosselée et à extrémité supérieure plus volumineuse que l'inférieure.

Sur une coupe verticale, on voit que le parenchyme rénal est entièrement transformé en une série de poches de grandeur variable, renfermant des caillots fibrineux les uns plus âgés et décolorés, les autres plus récents et noirâtres. De l'une de ces poches part un coagulum qui se prolonge dans l'uretère sous forme de cône. Outre ce caillot assez ancien, l'uretère en renferme encore un autre de 3 à 4 centimètres de longueur.

Toutes ces poches, séparées par des cloisons, s'ouvrent dans une cavité qui communique avec l'uretère ; ce sont les calices et l'uretère extrêmement élargis et distendus. Le tissu du rein est refoulé et atrophié surtout à la partie supérieure, où il ne forme qu'une lamelle de 2 à 3 millimètres.

L'artère rénale est très-athéromateuse, elle n'est cependant pas ulcérée,

mais à sa bifurcation elle présente une dilatation anévrysmale ovoïde de la grosseur d'une aveline. Dans l'intérieur du rein, on rencontre sur les branches artérielles d'un certain calibre d'autres renflements anévrysmatiques assez nombreux.

L'examen microscopique démontre l'existence d'une néphrite interstitielle analogue à celle produite, par exemple, par la lithiase rénale déterminant la distension excessive du bassinet. Le tissu sécréteur a fait place au tissu conjonctif jeune et les glomérules de Malpighi sont atteints de dégénérescence colloïde.

Il n'existait pas d'anévrysmes miliaires comme ceux décrits par MM. Charcot et Bouchard, et que M. Liouville a trouvés une fois dans le rein.

Les artères sont le siége d'une endartérite déformante bien caractérisée. Rien ne fait supposer qu'il se soit jamais produit d'infarctus emboliques dans ce rein.

M. Ollivier pense qu'il s'agit là d'une affection non encore décrite et caractérisée par des lésions spéciales. C'est, dit-il, une néphro-pyélite calculeuse dans laquelle le calcul est représenté par des caillots fibrineux, dont la source provient d'anévrysmes multiples de l'artère rénale et de ses divisions. Il propose le nom de *pyélo-néphrite hémato-fibrineuse*.

L'athéromasie des artères rénales ne semble pas avoir été souvent observée, toutefois elle doit jouer un certain rôle dans les hématuries qu'on observe fréquemment à un âge avancé en dehors de la lithiase urinaire. Dans ce cas, l'athéromasie de ces artères explique la production des anévrysmes. Ces derniers sont la cause des hématuries qui se sont succédé pendant six ans. Ces hémorrhagies ont produit dans le bassinet des concrétions fibrineuses qui ont distendu ce réservoir et les calices, et ont amené l'atrophie par compression du parenchyme rénal, comme l'eût fait un calcul.

M. Ollivier croit que ce processus se rattache directement à l'altération sénile des artères. Il fait remarquer que Rayer a bien mentionné la *pyélite hémorrhagique* dans laquelle la lésion du rein est caractérisée par la présence dans le bassinet dilaté de liquide sanguinolent ou de caillots plus ou moins altérés. Mais Rayer ne parle pas de l'athérome des artères rénales.

Pour expliquer les hématuries des vieillards, on invoque la lithiase urinaire et, à défaut de calcul, le cancer, les varices, etc.; il faudra aussi songer à l'athérome des artères émulgentes.

L'état des artères radiales pourra renseigner sur le degré d'athéromasie. A. JOFFROY.

Das kohlensaure Ammoniak und Urämie (Le carbonate d'ammoniaque et l'urémie), par le professeur ROSENSTEIN, in Groningen. (*Arch. f. path. Anat., v. LVI, liv.* 3.)

On connaît le résultat de l'ablation des deux reins ou de la ligature des deux uretères sur des chiens. Coma et convulsions sur-

viennent infailliblement; mais les phénomènes de l'urémie peuvent s'écarter beaucoup de cette ligne monotone de l'expérience.

Le coma peut survenir seul; les convulsions ne pas s'accompagner de perte de connaissance. D'autres fois c'est à un délire maniaque ou à des convulsions de la moitié du corps que l'on peut avoir affaire. Le même poison peut déterminer tous ces phénomènes et leur explication est peut-être dans ces troubles de circulation vaso-motrice de l'encéphale, localisés à tel ou tel département du cerveau et produisant, selon les lieux qu'ils occupent, des symptômes variés. Ainsi agirait l'épilepsie dont les manifestations sont, comme on le sait, bien diverses. L'auteur s'est proposé de rechercher quels rapports peuvent exister entre les phénomènes de l'urémie et l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, et il a expérimenté ce poison sur des grenouilles et des chiens de diverse taille.

0 gr. 025 de ce poison injecté sous la peau d'une grenouille déterminent rapidement des phénomènes convulsifs; opisthotonos, pleurosthotonos, de la plus grande violence, que le moindre attouchement provoque, et qui cessent, au contraire, totalement quand on a séparé la moelle de l'encéphale.

Chez les chiens, 1 gramme ou 1 1/2 gr. de carbonate d'ammoniaque injecté dans la veine jugulaire externe suffisent pour déterminer des convulsions toniques et cloniques dans presque tous les muscles et un coma passager; une dose un peu plus forte tue l'animal en 15 minutes avec des phénomènes tétaniques.

Chez les chiens qui pèsent 7 à 8 kilogr. il faut 3 et 4 gr. du poison pour produire les mêmes résultats. Il est bon de noter que les reins continuent leurs fonctions normales pendant les convulsions; mais si on a enlevé préalablement ces organes, la mort survient beaucoup plus rapidement, quoiqu'il puisse arriver que les phénomènes de convulsion soient passagers et que l'animal succombe quand ceux-ci ont déjà disparu depuis longtemps.

L'auteur varie ses expériences, et observe l'effet du poison avant et après la section des nerfs sympathiques et vagues au cou. Il ne trouve aucune modification dans l'action du carbonate d'ammoniaque. Nous ne pouvons le suivre dans tous ces détails, ni rapporter, même en abrégé, les deux observations d'urémie qu'il donne dans son travail, nous nous contenterons de donner les conclusions auxquelles il est arrivé.

Le carbonate d'ammoniaque introduit dans l'économie détermine des phénomènes complexes, tout à fait comparables à ceux de l'épilepsie ou à ceux d'un certain nombre de cas d'urémie.

Les convulsions que détermine le poison sont de nature cérébrale, puisqu'elles ne se reproduisent pas après séparation de la moelle d'avec le cerveau; elles sont donc probablement le résultat direct du poison sur la substance nerveuse des centres, et non pas

d'une excitation transmise par le nerf sympathique ou vague et réfléchie sous forme convulsive.

La morphine, le chloroforme, le chloral sont sans aucune action sur la marche du poison.

Les muscles lisses échappent à l'action convulsive. L'avortement n'a pas été provoqué par le poison, et les petits sont restés vivants.

Le carbonate d'ammoniaque s'élimine surtout par les reins, et son action reste fugitive quand ceux-ci sont intacts.

L'élimination du poison se fait aussi, mais en petite quantité, par la surface pulmonaire, mais, même après l'ablation des reins l'action du carbonate d'ammoniaque peut être fugitive; dans ces cas s'élimine-t-il par la peau ou se transforme-t-il dans le sang?

La différence d'action fondamentale du carbonate d'ammoniaque et du poison qui détermine l'urémie, est dans ce fait; le premier ne provoque que des phénomènes épileptiformes, tandis que le second peut produire des symptômes variés : coma, convulsions, délire. Dans les cas où le poison urémique détermine des attaques épileptiformes, et où on rencontre du carbonate d'ammoniaque dans le sang, il ne faut pas accuser ce dernier parce que d'abord on ne le trouve pas toujours dans les cas en question, et que la quantité qu'on en trouve dans le sang des animaux n'est nullement en rapport avec l'intensité des phénomènes épileptiformes. Il faut ajouter que les narcotiques, utiles (?) dans l'éclampsie des femmes grosses, ne servent de rien dans l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque.

Enfin Rosenstein ajoute que les phénomènes produits à la suite des affections de la vessie ou de la prostate, et désignés sous le nom d'ammoniémie, n'ont rien à faire avec l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque. Les symptômes épileptiformes, produit direct de l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, manquent absolument dans l'ammoniémie.

J. GRANCHER.

Des anomalies de l'ataxie locomotrice, leçons du Dr CHARCOT, recueillies par Bourneville. (*Mouv. méd.* 1872, *p.* 105, 117, 129, 153, 165, 177, 201, 226, 249; 1873, *p.* 1, 25, 54, 77.)

M. Charcot a fait à la Salpêtrière une série de leçons sur les phénomènes les plus intéressants et les moins bien connus de l'ataxie locomotrice progressive; ce sont ces leçons, recueillies par M. Bourneville, dont nous allons essayer de donner une analyse exacte.

Elles se divisent en plusieurs parties, suivant les différents points plus particulièrement traités par le professeur.

Première partie. —De l'anatomie pathologique.

Tout d'abord, M. Charcot émet trois propositions : 1° une partie des cordons postérieurs de la moelle peut être lésée sans qu'il y ait pour cela ataxie ; 2° dans une sclérose qui frappe primitivement d'autres parties de la moelle, la lésion peut, à un moment donné, envahir les cordons postérieurs, donner lieu à des symptômes tabétiques, sans que la maladie soit pour cela l'ataxie locomotrice progressive ; 3° l'ataxie locomotrice progressive est une maladie autonome, à laquelle se rattache la sclérose d'une partie limitée, toujours la même, des cordons postérieurs.

Les premiers observateurs qui virent la lésion de la moelle, Hutin (1827), Monod, Ollivier d'Angers, ne surent pas lui rattacher les phénomènes observés pendant la vie ; du reste, l'examen à l'œil nu se borna toujours à constater l'atrophie des racines postérieures de quelques nerfs, et le rapport qui existe entre la plus grande intensité des phénomènes dans un membre, et la lésion plus étendue de la moelle dans les points d'où émergent les nerfs de ce membre.

Cette lésion, bien connue à l'aide du microscope, est une sclérose dont les phénomènes primitifs doivent se passer dans l'élément nerveux.

MM. Charcot et Pierret ont cherché à localiser cette sclérose mieux qu'on ne l'avait encore fait. La sclérose des cordons médians, ou de Goll, qu'on observe dans le mal de Pott, n'amène pas d'incoordination des mouvements ; il était donc probable que la lésion de ces cordons n'avait pas dans l'ataxie une grande importance, et cependant on l'observe dsns la plupart des cas. M. Pierret a publié dans les *Archives de physiologie* une observation d'ataxie locomotrice progressive dans laquelle les cordons de Goll étaient sains. On peut affirmer maintenant que ce sont les bandelettes qui se trouvent entre les cornes grises postérieures et les bandelettes médianes, et d'où semblent partir les racines postérieures, qui sont primitivement sclérosées dans l'ataxie. La sclérose des rubans médians est secondaire.

Il existe donc deux scléroses des faisceaux postérieurs : 1° une sclérose ascendante fasciculée médiane, dont les symptômes sont mal connus ; 2° une sclérose fasciculée latérale qui tient sous sa dépendance les phénomènes tabétiques. Dès la période des douleurs fulgurantes, on la trouve, bien limitée il est vrai, dans ces bandelettes.

Quand à l'ataxie se joint l'anesthésie, c'est que les cornes postérieures sont sclérosées ; s'il y a de la paralysie et de la contracture, c'est que les faisceaux postérieurs des cordons latéraux sont lésés ; s'il y a atrophie, on trouve les cellules des cornes antérieures atrophiées. Toutes ces lésions secondaires sont dues à la transmission de la sclérose le long des fibres dites radiculaires internes,

qui forment une partie des racines postérieures. On sait qu'elles traversent les bandelettes qui sont le siége précis de la lésion, y participent et se répandent ensuite dans les cornes antérieures et postérieures, et jusque sur les bords des faisceaux latéraux. Du reste, on peut invoquer dans d'autres maladies de la moelle la même transmission du processus pathologique le long des faisceaux radiculaires. C'est ainsi que dans les cas de dégénération ascendante des cordons postérieurs à la suite de myélites partielles (mal de Pott, tumeurs), on observe, rarement du reste, deux ordres de phénomènes peu habituels : 1° une paralysie motrice avec ou sans contracture des parties situées au-dessus du niveau de la lésion; 2° des phénomènes tabétiques dans les membres supérieurs. Marshall-Hall, pour se rendre compte de ces phénomènes, invoquait une action à distance.

M. Charcot propose les explications suivantes, privées, il est vrai, du contrôle de l'autopsie : pour les faits de la seconde catégorie, il admet que la sclérose des faisceaux médians s'est étendue aux bandelettes latérales des faisceaux postérieurs ; pour les faits de la première, il montre que dans ces scléroses ascendantes, il existe toujours une sclérose très-minime de la partie postérieure des cordons antéro-latéraux près du renflement cervical; ce serait une exagération de cette lésion qui amènerait les phénomènes paralytiques.

Deuxième partie. — Examen des symptômes.

La maladie qui nous occupe présente trois périodes de symptômes : 1° période des douleurs fulgurantes, symptômes spinaux et cérébraux; 2° période d'incoordination motrice; 3° période de paralysie. Le professeur va étudier spécialement quelques-uns de ces symptômes.

I. — *Douleurs.* — Dans la première période, les douleurs ne manquent presque jamais. Cyon, sur 203 cas, les a trouvées notées 138 fois, tandis que leur absence était notée 8 fois seulement. On en compte trois espèces. Les douleurs térébrantes, sous forme de coups de poinçon, siégent sur les membres inférieurs, rarement sur les supérieurs et le tronc, et presque toujours près d'une articulation; la peau est hyperesthésiée en ces points. Les douleurs fulgurantes suivent un nerf, durent le temps d'un éclair, reviennent par accès qui durent souvent plusieurs jours, et sont souvent d'une violence extrême; on voit souvent apparaître des maladies de peau sur le trajet du nerf. Les douleurs constrictives règnent sur un membre ou le tronc qu'elles serrent comme dans un étau; ces dernières plus lentes et plus longues que les autres les accompagnent ou existent seules.

Ces douleurs caractéristiques de la sclérose des bandelettes externes des faisceaux postérieurs, ne le sont pas de l'ataxie locomotrice progressive. On peut les trouver aussi dans la sclérose en

plaques, dans la paralysie générale progressive (Magnan et Westphall), dans l'alcoolisme, le mal de Pott, la myélite partielle.

A ces douleurs, il faut joindre celles des viscères, les douleurs vésicales et uréthrales, les douleurs rectales avec ténesme particulier. Parmi ces symptômes, les plus caractéristiques de cette première période sont les crises gastriques. Le plus souvent, au milieu d'une crise de douleurs fulgurantes, le malade se plaint de vives douleurs subites, qui, partant des aines, remontent de chaque côté de l'abdomen pour se fixer à la région épigastrique, en même temps qu'une douleur née entre les deux épaules s'irradie le long du tronc. Pendant ces crises, le pouls augmente de fréquence, la température reste la même, il y a des vomissements d'aliments, de mucus ou de bile. Dans les intervalles des crises, l'estomac fonctionne bien. Quand aux crises gastriques se joignent des douleurs fulgurantes, les souffrances sont atroces.

Tous ces phénomènes peuvent précéder de plusieurs années les phénomènes d'incoordination. Observations à l'appui.

II. — *Amaurose tabétique.* — Les symptômes céphaliques de l'ataxie locomotrice progressive répondent à des lésions variées des nerfs crâniens et bulbaires; ils peuvent accompagner les douleurs fulgurantes ou les précéder, même de plusieurs années. Les lésions des nerfs optiques méritent surtout de fixer l'attention.

Cette lésion, qui peut être appelée induration grise progressive, se traduit par l'état de la papille nommé atrophie progressive, état absolument caractéristique d'après MM. Jaeger, Wecker, Galezowsky. Elle peut précéder tous les autres phénomènes tabétiques, et cela pendant de longues années. La grande majorité des femmes de la Salpêtrière atteintes de cécité amaurotique présentent cette lésion, et offrent tôt ou tard le spectacle d'accidents tabétiques. Bien peu d'amaurotiques échappent à cette loi fatale.

A l'œil nu, l'induration grise du nerf optique ressemble à une sclérose fasciculée, débute par la périphérie, s'étend le long des bandelettes optiques, atteint quelquefois les corps genouillés. Au microscope, on trouve une métamorphose fibrillaire de la névroglie, et les lésions de la myéline, puis du cylindre-axe, qui caractérisent la sclérose; comme la lésion débute sans doute par les tubes nerveux, on pourrait l'appeler *névrite parenchymateuse.* Cependant, comme cette lésion est à peu près la même que celle de la névrite optique liée à l'existence d'une tumeur, ce n'est pas dans l'anatomie pathologique qu'il faut chercher une caractéristique.

L'examen à l'ophthalmoscope montre que la papille a cessé d'être transparente, ne laisse plus voir ses vaisseaux propres s'enfoncer dans sa substance; elle est blanche, crayeuse, nacrée. — Les symptômes reconnus chez le malade sont : la limitation concentrique et unilatérale du champ visuel; la contraction des pupilles; une forme particulière d'achromotopsie caractérisée par la perte de

la notion des teintes secondaires, du rouge et du vert; la localisation des faits dans un seul œil pendant longtemps, et leur marche graduelle sont encore des symptômes importants de cette maladie.

Afin de donner des règles plus précises pour faire le diagnostic de l'atrophie tabétique d'avec la neuro-rétinite, M. Charcot entre dans quelques développements sur cette dernière lésion, dont on reconnaît habituellement deux formes : la neuro-rétinite par étranglement, due surtout à une tumeur intra-crânienne, reconnaissable à une tuméfaction énorme de la papille; et la neuro-rétinite descendante qui se rapporte surtout à la méningite de la base. Mais, quand il y a tumeur, il y a aussi méningite ; cependant M. Charcot cite un cas dans lequel une tumeur du cerveau avait amené l'atrophie et la sclérose des nerfs optiques, sans méningite. De ces deux formes, la seconde n'est que le deuxième degré de la première.

Dans la première forme ou période, la papille est grande, ses contours sont effacés, cachés par un exsudat gris rougeâtre, les capillaires et les veines sont volumineux, les vaisseaux semblent interrompus par points; les deux yeux sont pris en même temps, subitement, et il n'y a pas de modifications chromatiques. Dans la deuxième période, la papille présente des bords frangés, entourés d'un nuage; les capillaires sont effacés, les vaisseaux interrompus par des exsudats. Tous ces phénomènes sont autant de différences entre l'atrophie tabétique et la neuro-rétinite.

Toutes ces notions sont importantes à connaître au point de vue du diagnostic, car celui-ci est quelquefois difficile entre une tumeur du cerveau et l'ataxie; deux observations en font foi. L'ophthalmoscope lève alors les doutes.

III. — *Phénomènes particuliers.* — A côté des crises gastriques on doit placer d'autres affections viscérales qui peuvent coexister avec les douleurs fulgurantes. Certains troubles de l'appareil génito-urinaire, des envies fréquentes d'uriner, avec émission douloureuse des urines ; le satyriasis signalé chez l'homme par Trousseau, chez la femme par Charcot et Bouchard ; un spasme douloureux du rectum, qui, chez un malade, apparut huit mois avant les douleurs des membres, tous ces faits se rencontrent chez les ataxiques. Ils sont probablement sous la dépendance du grand sympathique; on doit en rapprocher l'inégalité des pupilles, l'injection de l'œil avec chémosis, l'élévation relative de la température, l'accélération et le dicrotisme habituels du pouls, enfin la fièvre réelle du début.

IV. — *Arthropathie.* — Les ataxiques présentent, à côté du rhumatisme noueux et de l'arthrite sèche ordinaire, des lésions articulaires spéciales que M. Charcot appelle *arthropathie des ataxiques*. On trouve cette affection 5 fois sur 50 environ. C'est un phénomène précoce, qui survient entre la période prodromique et celle d'in-

coordination; quand elle est tardive, elle siége au membre supérieur et prouve que la moelle cervicale n'est que tout récemment envahie. Elle apparaît sans cause, subitement, sans autre prodrome que des craquements articulaires qui manquent souvent. Le premier phénomène est un gonflement du membre, dû à une hydarthrose et à un empâtement à consistance dure; il n'y a de douleur et de fièvre que dans des cas exceptionnels. Dans la forme bénigne, ces phénomènes disparaissent au bout de quelques semaines ou mois; dans la forme maligne, surviennent des craquements, des lésions variées. On range, suivant la fréquence de la lésion, les articulations dans l'ordre suivant : genou, épaule, coude, hanche, poignet. Tous ces caractères différencient profondément cette arthrite de l'arthrite sèche; mais, au point de vue anatomique, la ressemblance est complète, et à part la prédominance de l'usure sur la production des végétations osseuses, et la facilité des luxations vraies, on ne trouve guère de différence entre les deux lésions.

Si les caractères anatomiques rattachent cette arthropathie à l'arthrite sèche, elle n'en reste pas moins une variété à part en raison de l'originalité de l'ensemble des symptômes, et de sa connexité avec l'ataxie locomotrice progressive. La cause de cette connexité doit être recherchée.

On connaît des lésions articulaires consécutives aux lésions des nerfs périphériques, surtout aux plaies de guerre; des arthrites aiguës ou subaiguës, suites d'hémiplégie; des arthropathies consécutives au mal de Pott, à la myélite aiguë, à certaines tumeurs de la substance grise de la moelle, aux altérations de la substance grise qui causent l'atrophie musculaire progressive (M. Charcot en cite deux cas à ce sujet). L'auteur rattache dans les cas d'ataxie locomotrice progressive, comme dans les maladies précédentes, cette arthropathie à l'atrophie des cornes antérieures. Toutefois, il a vu dans un cas ces cornes saines, et les ganglions spinaux volumineux et altérés.

— Le style nourri et serré dans lequel sont rédigées ces leçons rend nécessairement toute analyse incomplète : nous n'avons pas pu rapporter une grande quantité de faits intéressants réunis par M. Charcot dans ces conférences. Cependant, nous espérons avoir montré quels sont les résultats auxquels il est arrivé dans l'étude de l'ataxie locomotrice progressive. J. CAZALIS.

Note sur un cas de sclérose primitive du faisceau médian des cordons postérieurs, par M. PIERRET. (*Archives de physiologie, n° 1, janvier* 1873.)

L'auteur pense que les faisceaux médians postérieurs de la moelle peuvent être affectés primitivement et isolément de sclérose,

de la même manière que les cordons latéraux ou les rubans externes des cordons postérieurs. Il rapporte à l'appui de cette opinion l'observation suivante recueillie dans le service de M. Charcot.

Observation. — Magninat (Catherine), domestique, est venue à Paris à l'âge de 33 ans. Elle n'a jamais été malade jusqu'en 1855. Elle eut alors des engourdissements et des fourmillements dans les jambes, mais principalement dans les membres supérieurs où se produisaient des sensations de chaleur et des douleurs profondes. En même temps existait une céphalalgie opiniâtre, des douleurs de reins et un sentiment de constriction thoracique.

Toutefois, ces accidents n'empêchaient pas M... de continuer son métier.

En 1860, étourdissements, perte de la notion exacte de la résistance du sol ; la malade est obligée de se servir d'une canne. Après une application de cautères à la région lombaire, il y eut une rémission à l'exception des engourdissements dans les jambes.

En 1863, elle est entrée à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

La sensibilité est diminuée à la plante des pieds, surtout à gauche. La malade ne peut marcher sans une béquille, qu'elle place sous l'aisselle droite. Elle détache difficilement les pieds du sol, surtout le gauche. Quand elle veut aller en avant elle se sent tirée en arrière, quand une fois elle est lancée, elle semble poussée par une force invincible. Si elle ferme les yeux, elle se tient encore debout, mais il semble qu'elle tomberait si on ne la soutenait. La fatigue se produit très-rapidement et amène dans les jambes des douleurs qui la forcent à s'arrêter.

En 1866, douleurs en ceinture situées très-bas et ayant le caractère fulgurant, plus tard douleurs analogues à la partie antérieure de la cuisse, la notion de position des membres est conservée, et les mouvements très-réguliers.

Elle mourut de pneumonie pendant le siége, sans que jamais il fût venu à personne la pensée de la considérer comme atteinte de sclérose des cordons postérieurs.

Autopsie. — A l'œil nu aucune lésion du système nerveux. Après durcissement des pièces dans l'acide chromique, on ne trouve aucune lésion ni des racines antérieures et postérieures, ni des ganglions spinaux, ni de la substance grise de la moelle, non plus que des cordons antéro-latéraux.

Dans les cordons postérieurs, on rencontre une sclérose de la partie médiane disposée comme il suit : à la partie inférieure de la région lombaire là où les cordons postérieurs ne sont presque composés que de fibres radiculaires, la lésion n'est pas appréciable ; dans la partie supérieure du renflement lombaire, elle affecte la forme de deux petits îlots parallèles, situés de chaque côté du sillon médian et intéressant dans une certaine mesure les rubans externes des cordons postérieurs.

Dans toute la région dorsale, la sclérose se limite très-exactement aux deux côtés du sillon, intéressant toute cette partie des cordons qui ne contient que peu ou point de fibres radiculaires. A la région cervicale, la lésion intéresse la plus grande partie du faisceau médian. En résumé, on a aux régions dorsale et cervicale, toutes les apparences d'une dégénération ascendante. Partout ailleurs, il n'existe ni foyer myélitique, ni traces de compression. En particulier, il n'y a rien du côté de la queue de cheval.

M. Pierret pense que l'on doit attribuer à la sclérose du faisceau médian des cordons postérieurs certains symptômes consignés dans son observation et qui se retrouvent souvent chez les ataxiques, à savoir : « tantôt un sentiment insolite de pesanteur dans les membres inférieurs, ou une tendance marquée au recul, tantôt une fatigue considérable après la moindre promenade, une grande incertitude dans la station, ou même un sentiment irrésistible de propulsion. »

L'auteur cite ici, d'après M. Duchenne (de Boulogne), une courte observation « concernant évidemment une malade atteinte d'ataxie locomotrice, » et qui présentait la propulsion irrésistible qui existait à un si haut degré chez la nommée Magninat.

D'après des opinions exprimées par lui dans un mémoire précédent (*Archives de physiologie*, mai 1872), M. Pierret pense que dans l'ataxie, la lésion n'intéresse d'abord que les rubans externes des cordons postérieurs, et c'est alors que se montrent les crises fulgurantes des tabétiques. Ce n'est que plus tard que la sclérose envahit les cordons médians, et c'est seulement alors que se montreraient les troubles particuliers de la marche, analogues à ceux qui existaient dans l'observation que nous venons d'analyser. On comprend ainsi pourquoi, à la région lombaire, la totalité des faisceaux postérieurs peuvent être envahis, tandis qu'à la région cervicale, tout se borne à une sclérose isolée du cordon médian. Il est nécessaire, toutefois, de remarquer que jusqu'à présent aucun symptôme particulier du côté des membres supérieurs ne répond à cette lésion du faisceau médian de la moelle à la région cervicale.

A. JOFFROY.

Verletzung des Lobus frontalis der linken Grosshirnhalfte, ein Beitrag zur Pathologie der Gehirnverletzungen und zur Localisation der Gehirnfunctionen (Blessure du lobe frontal gauche. Contribution à la pathologie des blessures du cerveau et à la localisation de ses fonctions), par le Dr A. WERNHER, professeur de chirurgie à Giessen. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, *t.* LVI, *p.* 289.)

Après avoir rappelé l'importance de cette question, et les efforts des médecins et des physiologistes dans cette recherche des fonctions du cerveau ; après avoir cité Flourens et les affirmations inconsidérées des phrénologistes, Wernher rapporte à Bouillaud, Dax et Broca l'honneur d'avoir donné les premiers travaux sérieux sur la localisation des fonctions des circonvolutions cérébrales ; Fritzch et Hitzig (*Arch. f. Phys.*, 1871) ont fait, à l'aide d'excitations électriques, de jolies recherches sur le cerveau des chiens, assez exactement comparable au cerveau de l'homme ; mais les résultats auxquels ils sont arrivés resteront lettre morte, si la clinique ne les vérifie pas dans l'espèce humaine. Malheureusement, les confusions de langage abondent : médecins, anatomistes, physiologistes s'entendent mal sur les divers groupes des circonvolutions et sur leurs limites ; la terminologie est essentiellement défectueuse, parce qu'elle est trop complexe, et, pour ce qui regarde les notions anatomiques et pour ce qui concerne les fonctions, un langage vraiment physiologique fait absolument défaut.

L'auteur donne ensuite avec grands détails la seule observation, base de son travail ; et elle nous a paru intéressante à analyser.

Henri Müll, 19 ans, faisait pour la première fois fonction de serre-frein sur une ligne de chemin de fer. Le 12 janvier, à un brusque arrêt de la machine, il tomba et vint frapper de la tête contre un rail. Il ne perdit pas con-

naissance et put, après avoir été transporté à l'hôpital, monter seul dans son lit. Il se pleignait de quelques étourdissements légers et passagers, et vomit plusieurs fois pendant la nuit.

Il portait à la tête deux blessures : la première de trois quarts de pouces, verticale, siégeait à la tempe *gauche*, au-dessus du muscle de l'oreille; la deuxième en arrière, vers la partie postérieure du crâne. — On put constater facilement, au fond de sa plaie, un enfoncement prononcé des os du crâne. La deuxième plaie pénétrait jusqu'à l'os, mais sans fracture. Pas de sang par la plaie, point par l'oreille.

Pendant les 24 premières heures, le malade fut tranquille, jouissant de tous ses sens, parlant et se mouvant facilement. On nota cependant une certaine paresse dans les réponses qui contrastait avec la vivacité ordinaire de ce jeune homme. Le matin du 13, on constata un peu de paralysie de la mâchoire inférieure et de la paupière supérieure du côté *droit*, ainsi qu'une paresse, une lenteur de réponses encore plus accentuée que la veille. Pouls 100. T. matin 39°, 3, soir, 39°, 5. Vers le milieu de la nuit, survint un symptôme important, l'aphasie. Impossibilité de dire un seul mot. Mais le malade répondait par signes et avec toute son intelligence.

T. du 14, au matin, 39°, 2, au soir, 38°, 5. Dans cette journée du 14, de nouveaux phénomènes importants apparurent, qui indiquèrent les progrès du mal dans l'encéphale.

Ce furent d'abord une paralysie des lèvres et de la langue, mais surtout des convulsions localisées dans certains groupes musculaires. Ces convulsions occupaient toutes le côté *droit*, la blessure étant à *gauche :* le côté gauche du corps était parfaitement tranquille. Une certaine roideur de la nuque apparut la première, puis des contractions convulsives et paroxystiques dans les muscles de la face, soulèvement de l'angle de la bouche, de la narine, et clignement brusque de la paupière, le tout limité à droite, sauf un léger clignement associé de la paupière gauche.

Dans les paroxysmes, l'avant-bras droit offrait des secousses brusques des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts, mais les pronateurs, les supinateurs ainsi que les muscles du bras restaient parfaitement immobiles; ce membre était même complétement inerte sauf les convulsions des muscles de l'avant-bras. Mêmes convulsions dans les muscles du cou, à droite, sterno-cleidomastoïdien, omo-hyoïdien, et aussi dans les muscles de la langue au moment des accès.

Tout le reste des muscles et des fonctions était dans l'ordre. Les seuls muscles atteints de convulsions étaient donc : au visage, l'orbiculaire des paupières, le carré du menton, le triangulaire, l'élévateur de la lèvre supérieure, le zygomatique, l'élévateur de l'aile du nez, sans doute aussi le buccinateur; au cou, le musculo-cutané, le sterno-cleido-mastoïdien, l'omo-hyoïdien, le cucullaris (trapèze 2) le splénius et peut-être le digastrique; à la langue, le stylo-glosse, l'hyoglosse; à l'avant-bras, les extenseurs et les fléchisseurs des doigts.

Le 15 janvier la T. est à 39°, 8 le matin, le soir à 39, 7, le pouls à 112.

Le 16. — T. le matin 40°, le soir, 40°,7. Le pouls est filiforme et très-rapide; on ne peut le compter exactement. Même état général, avec stupeur plus prononcée. Quelques sons inarticulés s'échappent de temps en temps de la bouche du malade. Mêmes convulsions musculaires limitées toujours au même domaine, cependant le pouce n'a plus les mêmes mouvements, il est en convulsion tétanique dans la paume de la main.

Peu à peu ces convulsions elles-mêmes s'affaiblirent jusqu'à la mort qui eut lieu le 16 à une heure de la nuit.

Autopsie. — Température extérieure de 2° au-dessous de zéro. Cadavre en état de rigidité complète.

Les téguments crâniens et la voûte du crâne sont enlevés : ils sont intacts

sauf au niveau des blessures. Au-dessous de l'enfoncement osseux du temporal qui soulevait sans la déchirer l'artère meningée moyenne, on trouve une petite masse de sang coagulé. — A ce niveau la dure-mère et la pie-mère sont déchirées dans une hauteur de deux centimètres, et la surface des deux circonvolutions qui limitent la fosse de Sylvius sont écrasées, détruites à leur surface. Les vaisseaux de la pie-mère, de l'arachnoïde et des tissus sont pleins de sang à moitié coagulé. A la surface de l'hémisphère gauche se remarque une extravasat sanguin, fluide et en partie mêlé de pus. Il occupe surtout le lobe frontal gauche mais s'étend aussi sur les lobes pariétaux et temporaux. La surface de ce lobe frontal gauche, est aussi légèrement ramollie, mais peu profondément. Point de suffusion ventriculaire. Base du cerveau, la moelle allongée et autres organes sains. »

Or, les expériences de Fritzch et de Hitzig sur les centres de mouvement établissent que le foyer de mouvement des muscles de la nuque se trouve dans l'écorce grise de la circonvolution préfrontale d'Owen, au point où elle se recourbe vers la face inférieure du cerveau; que le centre de mouvement des extenseurs et adducteurs de l'avant-bras siége un peu plus en arrière, et encore un peu plus en arrière celui de la flexion et de la rotation. Dans la circonvolution post-frontale, près de la ligne médiane, se rencontre le centre de mouvement des membres postérieurs, et enfin celui des muscles de la face, à la partie moyenne de la circonvolution super-sylvienne.

Les résultats de notre observation, dit l'auteur, concordent si parfaitement avec ceux de Fritzch et Hitzig qu'en réalité ce fait clinique vaut une bonne expérience.

Le premier phénomène saillant qui survint chez notre malade fut une aphasie traumatique aiguë, dont le point de départ fut dans l'écrasement des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius et de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale. Il faut noter que la lésion porta sur le lobe *gauche*, ainsi que cela arrive ordinairement.

Les crampes furent unilatérales, et du côté opposé aux lésions. A la face, elles furent exactement circonscrites dans le territoire du nerf facial droit. Elles répondent à celles que l'on provoque expérimentalement par l'irritation de la circonvolution sus-sylvienne d'Owen, ou circonvolution postérieure d'Ecker.

Au cou, mêmes limites rigoureuses à un certain nombre de muscles et sans aucune extension voisine, mais Fritzch et Hitzig n'ont pas trouvé ce centre de mouvements, et cependant il existe.

Les crampes des fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras répondent à l'irritation des 3e et 4e centres de Fritzch et Hitzig. Le centre de mouvement des muscles du bras a échappé, et sans doute il est assez éloigné de celui des muscles de l'avant-bras.

En terminant, l'auteur exprime ses regrets de n'avoir qu'une seule observation à fournir; il a cherché dans la science, sans les trouver, des cas analogues; quelques considérations sur la méthode expérimentale de Fritzch et Hitzig, et sur le travail de Callender, servent de conclusion à ce mémoire. J. GRANCHER.

De la Pachyméningite cervicale hypertrophique (d'origine spontanée), par le Dr A. JOFFROY. (*Thèse de Paris*, 1873.)

1° L'existence de la pachyméningite spinale chronique est incontestable, et cette affection, sans être très-fréquente, mérite cependant une description spéciale; 2° une des variétés les plus fréquentes est celle qui est caractérisée anatomiquement par le siége de l'épaississement de la dure-mère au niveau de la région cervicale; 3° la symptomatologie revêt alors une forme particulière qui constitue un type clinique bien défini.

L'historique de la question se trouve contenu tout entier dans le travail de l'auteur. La pachyméningite cervicale n'ayant été jusqu'à ce jour l'objet d'aucune monographie, les quelques observations déjà publiées sur ce sujet ont été reproduites dans ce travail. M. Joffroy a rassemblé les principaux matériaux de ce mémoire à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot dont il est l'élève.

Anatomie pathologique. — Les principales altérations se rencontrent au niveau du renflement cervical de la moelle et portent primitivement sur les méninges (période méningitique), mais bientôt, soit par voie de continuité, soit sous l'influence de la compression, elles se développent dans le tissu avoisinant de la moelle (période myélitique), dans les nerfs qui en partent et dans les muscles que ceux-ci vont animer.

L'auteur divise donc les lésions observées en :

1° Les centrales, comprenant celles des méninges *a*), et celles de la moelle *b*);

2° Les périphériques, comprenant celles des nerfs *c*), et des muscles *d*).

Il signale en outre certaines autres altérations trophiques et la coïncidence fréquente de la tuberculose pulmonaire.

1° Lésions centrales. *a*), Altérations des méninges.

Les méninges, augmentées de volume, enveloppent la moelle dans une sorte de manchon, ordinairement plus épais en arrière qu'en avant. Ce manchon, qui peut à sa partie moyenne atteindre 6 à 7 millimètres d'épaisseur, s'amincit en haut et en bas. Il en résulte que la moelle et ses enveloppes constituent une sorte de tumeur fusiforme, pouvant atteindre 6 à 7 centimètres de longueur et remplissant le canal rachidien.

Le tissu que l'on rencontre dans les méninges ainsi altérées est formé d'une substance fibroïde disposée en couches concentriques et contient des vaisseaux à parois épaisses. La dure-mère fait presque à elle seule les frais de cet épaississement considérable, et le travail de prolifération semble porter primitivement sur la face interne de cette membrane. On aurait donc affaire ici à une pachyméningite interne primitive, l'altération de la pie-mère, celle de la face

externe de la dure-mère et son adhérence au ligament vertébral postérieur devant être considérées comme des phénomènes consécutifs.

b) Altérations de la moelle.

On manque complétement de données anatomiques précises sur les altérations de la moelle à leur début.

Cependant l'observation clinique permet de supposer qu'il s'y développe parfois une myélite aiguë.

Quant à la myélite chronique, elle peut exister d'emblée ou succéder à la forme aiguë ou subaiguë.

Parfois corticale, elle peut envahir la totalité du segment médullaire correspondant, où la substance nerveuse se trouve alors remplacée par un tissu fibroïde très-vasculaire. La moelle subit dans ces cas un aplatissement antéro-postérieur qu'il convient d'attribuer à la myélite et non à la compression exercée par les méninges. Deux particularités assez fréquentes méritent d'attirer l'attention : c'est d'une part l'existence de cavités qui se creusent dans le tissu ainsi altéré et principalement dans la substance grise, c'est d'autre part la persistance au sein même du foyer de petits îlots de tissu demeuré sain.

Ainsi se trouve constituée dans la moelle épinière une véritable lésion en foyer, et celle-ci donne naissance, au-dessus et au-dessous d'elle, à des dégénérations secondaires qui n'offrent, au point de vue anatomique, aucun intérêt particulier.

2° Lésions périphériques *a*). Lésions dans les nerfs. Les racines nerveuses comprimées au niveau de leur passage dans la dure-mère épaissie n'ont été examinées que deux fois. Dans un premier cas (obs. 1), elles étaient normales ; dans un autre (obs. 2), elles avaient subi des altérations profondes.

Quant aux nerfs périphériques, l'examen microscopique n'en a été pratiqué qu'une seule fois : il n'y avait aucune altération.

d) Altérations dans les muscles. Elles ne diffèrent pas essentiellement de celles qu'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive.

Symptomatologie.

On peut diviser les symptômes en deux périodes correspondant aux phases du processus anatomique : 1° l'une, période douloureuse, répond au développement des altérations méningées; 2° l'autre, paralytique et atrophique, commence avec l'invasion de la moelle et des nerfs par le travail inflammatoire.

1° Période douloureuse. L'auteur lui distingue deux formes : l'une cervicale *a*) ; l'autre périphérique *b*).

a) Forme cervicale. Elle est tout d'abord caractérisée par des accès de douleur ayant quelque analogie avec celle du torticolis ; puis, les accès se rapprochent en même temps qu'ils acquièrent

plus d'intensité et une durée plus longue. Enfin, la douleur peut devenir continue. Elle siége profondément, n'est généralement pas exaspérée par la pression, mais l'est au plus haut point par les mouvements de la colonne cervicale. Elle peut présenter des irradiations du côté du crâne, de la face, de la colonne vertébrale et dans les membres supérieurs.

b) Forme périphérique. Elle existe seule dans certaines observations et présente alors la plus grande analogie avec les irradiations qui, dans la forme cervicale, peuvent se faire du côté des membres supérieurs. Ce sont des phénomènes douloureux paroxystiques, siégeant : 1° au niveau des grandes articulations, où ils ne s'accompagnent ni de gonflement ni de rougeur; 2° dans la continuité des membres, où ils suivent souvent les trajets des troncs nerveux; 3° aux extrémités, où ils affectent la forme de fourmillements et d'engourdissements.

Dans les cas simples, il existe entre les deux périodes une véritable rémission. Toutefois, celle-ci peut manquer, et on observe alors réunis ensemble les symptômes propres aux deux périodes.

2° Période paralytique et atrophique. La paralysie, plus ou moins complète, peut être simple ou se compliquer d'atrophie. Les phénomènes atrophiques précéderaient même souvent les troubles paralytiques et, dans tous les cas, ils jouent dans l'appareil symptomatique un rôle très-important. Quel que soit le moment où apparaisse l'amyotrophie, les différentes phases de son évolution dans un muscle donné sont les mêmes que celles de l'atrophie musculaire progressive. Il en est autrement de sa distribution dans les différents groupes musculaires d'un membre. Elle frappe en effet certains de ces groupes à l'exclusion de certains autres.

Ainsi épargne-t-elle communément, à l'avant-bras, la plupart des muscles qui reçoivent leur innervation du nerf radial.

La distribution de l'atrophie dans le membre supérieur est habituellement la suivante : elle envahit tous les muscles de la main et de l'avant-bras à l'exception du groupe épicondylien, c'est-à-dire des extenseurs de la main et des supinateurs ; au bras, les différents groupes musculaires sont en général respectés, tandis que ceux de l'épaule, et en particulier le deltoïde, sont très-fortement altérés.

Il en résulte des déformations caractéristiques qui se traduisent surtout par une attitude toute spéciale de la main. Celle-ci, présentant la forme de la griffe paralytique, est portée habituellement dans l'extension forcée et la supination. Lorsque ces déviations ne reconnaissent pour cause que l'atrophie des groupes musculaires, elles n'ont rien d'absolument fixe, et l'on peut facilement imprimer à la main et aux doigts des mouvements en sens contraire. Mais il en est autrement lorsque les muscles respectés par l'atrophie se

sont paralysés à leur tour et sont devenus le siége d'une contracture permanente et désormais invincible.

D'ordinaire, l'atrophie se limite aux membres supérieurs ; mais, soit par suite de l'extension des altérations méningées, soit sous l'influence d'une lésion médullaire consécutive à la formation du foyer primitif, on peut voir l'atrophie se développer dans les muscles du tronc, des membres inférieurs, de la langue et des lèvres (paralysie labio-glosso-laryngée).

Les troubles de la sensibilité sont variables, mais ils sont constants.

Des troubles trophiques variés peuvent se montrer du côté d'autres organes. Les uns sont superficiels et consistent en éruptions vésiculeuses et bulbeuses qui apparaissent ordinairement à l'extrémité des doigts ; les autres, plus profonds, *decubitus acutus*, escarres vésicales, ne doivent être signalés qu'à titre de complications.

On a noté enfin dans quelques observations des phénomènes convulsifs locaux plus fréquents aux membres inférieurs.

Physiologie pathologique.

L'auteur, après avoir rappelé qu'on trouve fréquemment au milieu des foyers de myélite des îlots de substance saine, cherche à en expliquer la présence. Pour ceux qui sont situés dans la substance grise, il ne propose aucune hypothèse et se contente d'admettre qu'ils ont pu dans certains cas échapper à l'inflammation. Mais pour ceux qui sont situés dans les faisceaux blancs, il admet qu'ils sont constitués par des tubes régénérés. C'est aussi par la régénération des tubes nerveux que M. Joffroy cherche à expliquer l'intégrité des racines nerveuses qui, dans l'une de ses observations (obs. 1), traversaient la dure-mère épaissie. Rapprochant de ces données anatomiques les faits dans lesquels on a observé dans les muscles atrophiés et paralysés le retour du relief en même temps qu'un certain degré de restauration fonctionnelle, il admet que la régénération du muscle est sous la dépendance de celle du nerf et de la moelle, et se trouve ainsi conduit à admettre chez certains malades l'existence d'une troisième période, la période de réparation différant des deux autres en ce qu'elle est loin d'être constante.

Diagnostic.

A la période douloureuse, la pachyméningite offre certains points de ressemblance avec le torticolis, certains accidents hystériques, le rhumatisme articulaire, les névralgies cervico-occipitales et cervico-brachiales, la congestion de la moelle et l'ensemble symptomatique connu sous le nom d'irritation spinale.

A la période atrophique, il est surtout important de la distinguer de l'atrophie musculaire progressive dont le pronostic est beaucoup

plus grave. Les principaux éléments du diagnostic sont les suivants pour l'atrophie progressive : absence de période douloureuse; régularité beaucoup plus grande dans la marche des altérations musculaires; attitude différente des mains ; absence de troubles du côté de la sensibilité cutanée.

Les symptômes de la myélite chronique ont avec ceux de la pachyméningite une telle ressemblance, que le diagnostic différentiel est le plus souvent impossible et ne peut être établi qu'à l'aide des antécédents.

Il en est de même du mal de Pott cervical, lorsqu'il ne s'accompagne pas de signes évidents de lésion osseuse.

Le séjour prolongé dans une habitation humide et froide est la seule donnée un peu positive que l'on possède sur l'étiologie de cette affection.

La pachyméningite est loin d'être incurable et on peut voir survenir la période de réparation, alors même que la paralysie est complète depuis longtemps. Au point de vue du pronostic et de la terminaison, la circonstance la plus importante est l'existence ou l'absence de la dégénération descendante et de la paraplégie qui en est la conséquence.

La marche de l'affection est lente. La mort ne semble pas arriver plus tôt que la cinquième année ; elle peut ne survenir qu'au bout de quinze à vingt ans.

Traitement. — L'auteur recommande l'application des pointes de feu, comme dans le mal de Pott, l'électrothérapie et l'hydrothérapie, et l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium.

GOMBAULT.

Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par M. BOURNEVILLE. — 1er fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau ; 2e fascicule : Urémie et éclampsie puerpérale; épilepsie et hystérie. (*Paris, A. Delahaye*, 1872-73.)

Les recherches de M. Charcot et de ses élèves ont établi que, dans l'état apoplectique grave lié à l'hémorrhagie cérébrale et au ramollissement du cerveau, on observe des modifications très-importantes de la température.

Dans l'*hémorrhagie cérébrale*, on constate : 1° dès les premières heures qui succèdent à l'attaque, un abaissement du chiffre thermométrique au-dessous de 37°,5 pouvant aller jusqu'à 34°,8; 2° dans la deuxième période qui dure un nombre variable de jours, la température oscille entre 37°,5 et 38; 3° dans la troisième période qui aboutit à la mort, la température monte à 39°, 40° et 41°. Peu avant la mort, la température subit quelquefois une ascension brusque

qui se continue et augmente même quelques minutes après la terminaison fatale. Ainsi, dans un cas, à l'approche de la mort, le thermomètre marquait dans le rectum 41°,2, et une heure et demie après, il marquait 42°,3.

Si la guérison doit arriver, la période ascendante de la température manque en partie, et le chiffre thermométrique se rapproche de plus en plus de l'état physiologique et finit par s'y maintenir.

Dans le *ramollissement cérébral*, on n'observe pas cet abaissement initial de la température qui se montre dans l'hémorrhagie cérébrale, ou s'il existe, il est moins prononcé.

Souvent, peu après l'attaque, quand il s'agit d'un ramollissement, on voit survenir une élévation brusque de la température qui atteint 39° et même 40°; puis la température revient à l'état normal, tantôt offrant des oscillations très-irrégulières, tantôt restant au même chiffre pendant deux jours, ou bien encore présentant des rémissions vespérales ou matinales. La période ascendante survient après une période stationnaire mal caractérisée, mais la température monte plus lentement que dans l'hémorrhagie cérébrale.

Dans l'*urémie*, l'abaissement de la température a été une première fois signalé par M. Roberts (de Manchester) en 1868 (*The Lancet*, vol. I, p. 653 *et* 682, et 1870, *on The Pathology of suppression of urine with a case*, vol. I, p. 868), puis par Hirtz (Art. *chaleur*, *Dict. de méd. et chir. pratiques*, tome VI, *p.* 794), et enfin par Hutchinson (*The american Journal of the medical sciences*, 1870, n° 119, p. 154).

L'auteur cite de son côté plusieurs observations d'urémie où la température a subi un abaissement plus ou moins considérable. Dans un cas où l'on s'est entouré de toutes les conditions d'exactitude, le thermomètre a marqué 30°,1, dans d'autres, 31° et 32°; enfin nous trouvons (page 198) relatée une observation remarquable où la diminution de l'urée dans l'urine était accompagnée d'un abaissement de la température, et où l'augmentation qui survint plus tard dans la quantité de l'urée fut suivie de l'élévation de la température.

A l'égard de l'urémie, M. Bourneville formule les lois suivantes :

1° L'urémie, quelle que soit sa forme, donne lieu à un abaissement progressif et considérable de la température centrale;

2° Cet abaissement s'accuse de plus en plus, à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale.

Dans l'état de mal éclamptique :

1° La température s'élève depuis le début jusqu'à la fin;

2° Dans les intervalles des accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle;

3° Enfin, si l'état de mal éclamptique doit se terminer par la

mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé (une fois 42°,6). Si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal.

Ainsi donc, l'urémie et l'éclampsie puerpérale se distinguent par l'état de la température centrale ; elles se séparent même de l'hémorrhagie cérébrale où l'on note d'abord une période d'abaissement, ensuite une période d'élévation de la température.

Relativement à l'*épilepsie* et à l'*hystérie*, l'auteur pose d'abord les conclusions suivantes :

1° L'accès d'épilepsie augmente la température ;

2° Les accès hystéro-épileptiques, qui sont plutôt pour M. Charcot des accès d'hystérie épileptiforme, donnent lieu à une augmentation de température ;

3° La température ne subit aucune modification dans les attaques d'hystérie pure.

Il arrive quelquefois que les épileptiques sont pris d'accès très-nombreux, subintrants, suivis dans l'intervalle des accès, qui sont de très-peu de durée, d'un collapsus pouvant aller jusqu'au coma sans retour de la lucidité; la température va toujours s'élevant et peut atteindre un chiffre considérable ; la paralysie atteint la moitié du corps et de la face correspondante; les fonctions sensorielles et intellectuelles sont abolies ; quelquefois même, quelques muscles, ceux des mâchoires par exemple, sont affectés de contracture. A une seconde période, qui répond à ce que M. Delasiauve a décrit sous le nom de *congestion méningitique*, les malades sont plongés dans une profonde hébétude (stupidité épileptique) à laquelle succède parfois une agitation maniaque avec hallucinations; la nutrition se trouble, les joues se creusent, le corps est amaigri, les forces considérablement diminuées ; des taches érythémateuses conduisant à des escarres se montrent dans les points où le décubitus est le plus accusé, etc.

Cet état qui vient d'être décrit est ce que l'on appelle l'*état de mal épileptique*, qui peut durer de trois à neuf jours. Les malades peuvent guérir; mais la mort est souvent la terminaison de cet état grave. Dans ce cas, la température s'élève dès les premiers accès, elle reste toujours supérieure au chiffre physiologique dès que les accès se multiplient au point d'anéantir les fonctions sensorielles et intellectuelles, et elle peut atteindre en quelques heures, dans son ascension rapide, 40° à 41°. Si le malade guérit à la fin de cette première période, la température retombe jusqu'au chiffre normal, 37°,8. Si les accès continuent à augmenter et si le malade meurt à la fin de cette première période, la colonne mercurielle s'élève toujours jusqu'à la mort. Enfin, dans les cas où l'épileptique franchit cette première période pour passer dans celle qui est appelée méningitique, la température, qui avait baissé après la disparition des

accès, subit une nouvelle ascension qui augmente jusqu'à la mort, ou qui fait place à la température normale, si la guérison survient.

Dans l'état de mal hystéro-épileptique, les accidents convulsifs sont très-fréquents, comme dans l'état de mal épileptique. Mais, dans le premier cas, la température atteint assez promptement un chiffre hyperpyrétique, et la connaissance ne revient pas dans l'intervalle des crises, il y a des évacuations involontaires, de l'hémiplégie, des symptômes de décubitus aigu, tandis que, dans le second cas, la température dépasse rarement 38°, la connaissance revient dans l'intervalle des crises, on n'observe ni lésions du décubitus ni signes de paralysie.

Entre l'état de mal éclamptique et l'état de mal épileptique, il existe de nombreuses analogies; même ascension rapide de la température, ressemblance des accès. Le diagnostic s'appuie sur les antécédents : grossesse, présence d'albumine dans l'urine, absence d'accès antérieur dans l'éclampsie.

L'urémie éclamptique se différencie de l'état de mal épileptique par l'abaissement plus ou moins considérable de la température dans le premier cas, et par son élévation, dans le second.

HENRI HUCHARD.

Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique), par le docteur H. FRÉMY. (*Thèse de Paris*, *n°* 480, 1872.)

Depuis quelques années la question des troubles de la nutrition consécutifs aux altérations des nerfs a éveillé l'attention d'un grand nombre de pathologistes. Parmi les affections obscures qui ont été ainsi mises sous la dépendance du système nerveux, il en est une dont l'histoire est encore bien incomplète, malgré de récents et importants travaux, nous voulons parler de cette atrophie de la face qui, depuis Romberg, a reçu des noms divers, mais que l'on désigne le plus habituellement, comme M. Frémy, sous le nom de *trophonévrose faciale*.

Tous les auteurs : Romberg, Stilling, Guttmann, Rosenthal, Eulenburg, qui, jusqu'en 1870, se sont occupés de la question, en sont arrivés, après une analyse très-consciencieuse des faits, à la conviction que l'atrophie partielle de la face est une affection nerveuse. La plupart d'entre eux y ont vu le résultat d'un trouble dans les nerfs spéciaux, imaginés par Samuel sous le nom de *nerfs trophiques*.

En 1870, le docteur Lande, dans une thèse fort importante sur le même sujet, a cru pouvoir rejeter l'opinion généralement reçue, pour entreprendre la démonstration d'une théorie nouvelle. L'atrophie faciale serait, pour lui, une atrophie idiopathique essentielle du tissu lamineux qu'il nomme *aplasie lamineuse*.

Le travail de M. Frémy est un retour vers la théorie de l'influence

du système nerveux, théorie qui se subdivise elle-même en plusieurs variétés suivant que l'on accepte ou non l'existence des nerfs trophiques.

Outre les observations déjà recueillies antérieurement, M. Frémy relate un certain nombre de faits nouveaux, et il y joint les remarques qu'ont faites à leur sujet les différents auteurs qui les ont étudiés.

Puis, dans une partie très-importante de sa thèse, qui, à elle seule, constituerait un mémoire particulier, il fait l'étude des lésions très-nombreuses qui peuvent reconnaître pour cause une altération du système nerveux. Il arrive ainsi à un rapprochement tout naturel. « Après avoir lu, dit-il, les observations de trophonévrose faciale, nous croyons qu'il y a dans cette affection des troubles de nutrition du côté de la peau, du tissu cellulaire, des muscles des os. Après avoir passé en revue certaines lésions du système nerveux, nous voyons qu'il y a dans ces cas des troubles de nutrition du côté de la peau, des muscles, des os. Nous avons donc déjà de fortes présomptions pour penser que la trophonévrose faciale est sous la dépendance du système nerveux altéré. »

Reproduisant et développant les remarques critiques qui ont été adressées à M. Lande, M. H. Frémy démontre facilement que l'hypothèse de l'aplasie lamineuse n'est pas acceptable. Pour compléter cette démonstration, il s'appuie sur un grand nombre d'autres faits cliniques et expérimentaux et il établit que dans la trophonévrose faciale un grand nombre de troubles nerveux viennent s'ajouter aux lésions de la nutrition. C'eût été la place de faire alors une description de la maladie, fondée sur les vingt-sept cas réunis dans ce consciencieux travail. On regrette un peu de voir les éléments de ce tableau symptomatique disséminés au milieu de la discussion théorique.

Voici cependant ce qu'on peut noter de plus important sur ce point :

Troubles nutritifs. — L'atrophie unilatérale de la face porte plus ou moins sur l'une des parties de la face (front, crâne, partie inférieure du visage, cavité buccale). Elle n'atteint pas dans la même mesure chaque tissu séparément.

Les lésions sont accompagnées de troubles nerveux et elles se montrent tantôt après une paralysie, tantôt après une névralgie ; dans d'autres cas, elles sont consécutives à une lésion des nerfs moteurs. Enfin, dans un dernier groupe de faits, les troubles trophiques apparaissent sans aucun indice du côté de l'appareil nerveux symptomatique.

Les troubles nerveux sont locaux ou à la fois locaux et généraux.

La sensibilité tactile est rarement altérée ; mais il existe assez souvent de la douleur. Celle-ci a quelquefois le type névralgique ;

elle est alors tantôt lancinante et pongitive, tantôt vague et erratique.

Dans d'autres cas, la douleur n'a aucun caractère névralgique.

Les troubles moteurs les plus importants consistent dans des contractions fibrillaires. Ces dernières apparaissent sous forme de convulsions rapides, rappelant le tic non douloureux de la face. Elles sont limitées à un ou deux muscles, souvent aux masséters. Quelquefois on trouve réunis les troubles moteurs et sensitifs ; dans d'autres cas, ils sont isolés. Le plus souvent on observe chez les malades des sensations diverses : prurit, constriction du côté atrophié, ou bien hypéresthésie aux chocs, aux changements de température, aux courants électriques.

Les phénomènes généraux qui accompagnent ces désordres locaux sont rares et consistent en faiblesses, vertiges, accès épileptiformes ou sensations diverses dues à une impressionnabilité excessive du système nerveux. Enfin, M. Frémy a noté encore, mais très-rarement, des troubles du côté des organes des sens, tels que surdité, diverses altérations passagères de la vue, et plus souvent des désordres dans le domaine du sympathique.

Dans quelques cas, la température offrait une différence variant d'environ un degré d'un côté à l'autre. Dans quatre observations le pouls carotidien était plus faible du côté malade que du côté sain. Le larmoiement a été noté chez quelques malades et il doit être attribué à une excitation du sympathique. L'absence de sueur au niveau de la région altérée peut, peut-être aussi, être mise sur le compte de ce nerf.

On voit donc qu'un grand nombre de phénomènes plaident en faveur de l'opinion soutenue par l'auteur. En terminant, résumons quelques-unes des conclusions.

La trophonévrose faciale est une affection qui siége toujours sur le trajet d'un nerf, toujours d'un même côté de la face, ne débordant jamais la ligne médiane. Elle s'accompagne de troubles de l'innervation. Tantôt développée à la suite d'accidents qui ont produit certainement des lésions du système nerveux, tantôt née spontanément, elle marche lentement, sans accidents fébriles, sans retentissement général ; soit, en un mot, à la façon des névroses.

Les altérations sont limitées, et c'est là l'expression d'un fait, à la zone d'une ou de plusieurs des branches du trijumeau. On peut donc admettre une modification quelconque dans ce nerf ou dans quelques-unes de ses parties constituantes. Ce siége peut seul aussi expliquer pourquoi, dans bon nombre de cas, la langue, le voile du palais sont intéressés en même temps que la face.

Il est difficile de rapporter les modifications, limitées à certaines parties de la face, à une lésion dans les cellules d'origine du nerf. On ne peut donc mettre en cause que la portion périphérique.

Que si maintenant on recherche quelle modification ont dû subir

les branches du trijumeau, la lecture des observations montre que, dans la grande majorité des cas, il est impossible de reconnaître les signes d'une névrite ou d'une névralgie.

Il semble donc qu'une des parties constituantes des branches du nerf soit spécialement affectée à la nutrition. Cette partie est-elle celle que Samuel a désignée sous le nom de portion trophique ? M. H. Frémy ne le pense pas, et il adopte en dernier lieu l'opinion développée par M. Charcot (*Société de biologie*, nov. 1872). A propos des troubles trophiques en général, ce dernier, en se fondant sur les expériences physiologiques, particulièrement sur celles de MM. Vulpian et Philipeaux, admet que les excitations produites sur un point quelconque d'une fibre nerveuse, sensitive ou motrice, se propagent dans le sens centripète et dans le sens centrifuge. D'après cela, les irritations pathologiques développées sur le trijumeau, par exemple, soit à son origine, soit sur un point quelconque de son trajet, retentiraient dans le sens centrifuge jusqu'à l'extrémité terminale des filets nerveux, c'est-à-dire dans les papilles du derme ou encore dans l'épaisseur du réseau muqueux.

Ces considérations auxquelles s'arrête l'auteur sont malheureusement un peu confuses. Il rejette la névrite et admet l'hypothèse d'une irritation du nerf. Puis, après avoir limité la portion malade du nerf à la portion trophique, il montre que, d'après la théorie de M. Charcot, cette portion n'est probablement pas distincte de la portion sensible pour les nerfs sensitifs, pas plus qu'elle ne l'est de la portion motrice, pour les nerfs moteurs.

Ces petites contradictions ne diminuent en rien la valeur de cette excellente thèse; elles montrent seulement combien il est difficile de faire, en pathologie, des théories acceptables, lorsqu'on est privé de la consécration anatomique. G. H.

Lectures on diseases of the nervous system, par F. ANSTIE. (*Lancet*, 14 *décembre* 1872, 11 *et* 18 *janvier* 1873.)

C'est la suite d'une série de leçons dont une courte analyse a déjà été donnée dans le numéro précédent.

Celles qui font l'objet de ce compte rendu ont trait à l'hystérie et à diverses affections nerveuses que l'auteur considère comme des annexes ou plutôt comme des formes de cette maladie : le somnambulisme, la catalepsie, l'extase, la nymphomanie, le satyriasis et l'anesthésie musculaire.

La 5e leçon est consacrée à l'hystérie, à sa nature, ses causes, l'exposé de ses divers aspects.

L'auteur partage sur la nature de cette maladie les opinions, du reste assez généralement admises, du savant docteur Reynolds qui considère l'hystérie comme le résultat d'un défaut d'équilibre

entre les diverses fonctions du système nerveux, ayant pour conséquence l'asservissement des fonctions les plus nobles de la volonté aux fonctions les plus humbles de l'économie. Pour parler plus médicalement, c'est la prédominance du pouvoir excito-moteur de la moelle sur le cerveau. Par ses contorsions, ses grimaces et ses mouvements désordonnés, l'hystérique, au point de vue des doctrines darwiniennes, se rapprocherait des déments, des animaux ou des êtres humains les plus sauvages.

L'auteur aborde ensuite l'étude des causes. Après avoir passé en revue l'hérédité, l'imitation, il rapporte des cas excessivement curieux relatés par des auteurs américains dans des ouvrages sur la dernière guerre de sécession. Il s'agissait de soldats vigoureux à tous les points de vue, et qui, sans avoir jamais présenté dans leur existence aucune affection nerveuse, étaient, à la suite de contusions très-violentes de cordons nerveux, devenus craintifs, méfiants, ils tremblaient à la moindre excitation et avaient de véritables crises de larmes et de pleurs pour les causes les plus insignifiantes.

D'autres causes matérielles ont été encore observées; les accidents de chemins de fer ont amené quelquefois à leur suite un état hystérique parfaitement prononcé.

M. Anstie passe ensuite en revue les causes viscérales, c'est-à-dire les affections ou troubles fonctionnels des organes génitaux si fréquents chez les femmes et dont l'existence coïncide si souvent avec les signes de l'hystérie, qu'à bon droit on les a considérés tout au moins comme les causes déterminantes les plus fréquentes.

A ce propos, toutefois, l'auteur fait observer qu'on a exagéré dans ces derniers temps le rôle de l'ovaire; il a pu observer de nombreux cas de névralgies et affections ovariennes, sans la moindre trace d'hystérie.

Il écarte absolument l'idée du docteur Hewett sur la production de l'hystérie sous l'influence des flexions utérines.

Le docteur Chambers, collaborateur de M. Reynolds, admet comme causes possibles la dyspepsie et l'inanition, et à l'appui de cette opinion l'auteur cite les nombreux cas de cette maladie qui auraient été observés sous l'influence de la famine aux îles Shetland en 1870 par le docteur Sexby. L'alcoolisme en est une cause fréquente et incontestable.

Arrivant à la description, l'auteur montre la rareté relative des grandes attaques qui auraient été à peine mentionnées dans le quart des cas. Puis il aborde l'étude de quelques formes assez curieuses parmi lesquelles une essentiellement mentale, de cause religieuse, présentant le même aspect pendant toute sa durée; une autre que l'on pourrait appeler paralytique, où les signes de paralysie se sont établis progressivement et d'une manière complète sur la plupart des muscles. Partout on a observé des troubles fonctionnels des

organes digestifs, et de la sensibilité du côté du cœur et de la tête.

Enfin l'auteur termine cette leçon par l'indication de quelques signes d'anesthésie dans certains endroits du corps, signes que l'auteur en l'absence d'autres symptômes considérerait comme caractéristiques : je veux parler de l'anesthésie de l'épiglotte et du pharynx qui a pu permettre à l'auteur de toucher avec le doigt l'épiglotte sans que le sujet en fût incommodé. Mentionnons pour finir l'anesthésie de la plante des pieds, l'hypéresthésie considérable de l'estomac, une constipation si opiniâtre, que les malades, non-seulement ne songent pas à se présenter à la garde-robe, mais ne paraissent pas en êre incommodées, et enfin une dysurie et ischurie très-fréquentes, qui ont fait, on le sait, l'objet de leçons très-remarquables de M. Charcot.

La 6e leçon est consacrée à l'étude du somnambulisme et de la catalepsie, et pour cela l'auteur a mis à contribution les études de MM. Chambers et Lasègue.

Le *somnambulisme* se montre habituellement chez des jeunes sujets, et disparaît plus tard pour être remplacé par divers troubles nerveux. Les familles où l'on rencontre de pareils malades présentent, chez presque tous leurs membres, les attributs d'une constitution nerveuse des plus accentuées, tels que migraines, névralgies, attaques hystériques, etc.

Pour le docteur Chambers, les somnambules peuvent ou marcher en dormant (sleep-walking), ou converser en dormant (sleep-talking), ou être sujets à des incontinences d'urine très-opiniâtres.

Voici l'aspect qu'ils présentent dans leurs promenades. La face est pâle, sans expression, les yeux ouverts, les pupilles dilatées et insensibles; les questions qu'on pose à ces sujets restent sans réponse, ou les réponses sont absurdes. La marche est assurée d'une façon très-remarquable, et ils peuvent déjouer facilement les précautions que l'on aurait pu prendre pour mettre obstacle à leurs dangereuses promenades. La peau, pendant ce temps, est tout à fait anesthésiée, la respiration lente et le pouls calme. Si on les réveille brusquement, la terreur la plus grande se dessine sur leur visage, l'iris redevient mobile, le pouls et la respiration s'accélèrent notablement.

On rencontre indifféremment le somnambulisme dans les deux sexes, mais dans le sexe féminin il est bien plus accentué comme toutes les manifestations nerveuses, du reste.

Catalepsie. — Elle est caractérisée par l'abolition soudaine du sentiment, le ralentissement progressif et poussé aux dernières limites de la respiration et de la circulation, la perte de sensibilité de l'iris et une demi-rigidité des membres qui permet de leur faire prendre les attitudes les plus étranges, qu'ils peuvent conserver plus ou moins de temps, ces attitudes disparaissant avec la plus grande

lenteur. Comme le somnambulisme, elle se montre ou héréditairement, ou bien comme une des variétés d'un état nerveux prononcé que l'on rencontre chez tous les membres d'une même famille. Les causes génitales si fréquentes pour la production de l'hystérie ont une action incontestable pour amener la catalepsie. L'auteur mentionne deux variétés de catalepsie, l'une *torpide*, calme, sans excitation cérébrale qu'a décrite M. Laségue en 1865 dans les *archives*, l'autre, au contraire, observée par M. Anstie, accompagnée d'une grande excitation et d'une exaltation remarquable, où les attaques sont plus fortes et plus douloureuses. Alors on observe chez ces sujets de véritables convulsions et des allusions plus ou moins bruyantes et plaintives à leurs passions et à leurs déceptions. Il existe, au milieu de ces crises de larmes et de plaintes, une inconscience absolue de tout ce qui se passe dans leur voisinage jusqu'à la fin de l'attaque. Plus tard les signes deviennent plus graves, les malades tombent brusquement et sont prises de convulsions cloniques qui les font ressembler à des épileptiques. Les lèvres sont mordues avec violence et en même temps éclatent les larmes et les plaintes. La fin de l'attaque est soudaine et alors la cataleptique tombe dans un état de torpeur complète qui peut durer trois jours, puis elle revient à l'état normal.

La 7e leçon est consacrée à la thérapeutique de l'hystérie, et elle contient, entre autres nombreuses indications, deux surtout qui méritent d'être mentionnées : tout d'abord l'emploi des vermifuges qui dans certains cas ont été suivis de la disparition complète et définitive des accidents hystériques, puis la faradisation et l'emploi des courants continus dont l'auteur s'est félicité très-souvent dans les cas où dominaient les accidents paralytiques.

A. GOUGUENHEIM.

De la contracture hystérique permanente, par MM. BOURNEVILLE et VOULET.
(*Paris, Adrien Delahaye*, 1872.)

Après avoir fait un historique intéressant, les auteurs, s'appuyant sur des observations personnelles et surtout sur l'enseignement du professeur Charcot, décrivent la symptomatologie de la contracture permanente qui est le plus souvent partielle. Ils laissent de côté la contracture passagère aiguë, qui, ordinairement générale, survient avec les attaques hystériques et disparaît avec elles.

La contracture permanente affecte une région, un muscle, comme les muscles de la face, les releveurs de la mâchoire (trismus), les muscles de la langue et du voile du palais, le sterno-mastoïdien et les autres muscles de la partie latérale correspondante du cou (torticolis hystérique), etc.

La contracture permanente des membres est plus intéressante

à étudier. Elle peut revêtir les formes suivantes : *hémiparaplégique*, quand elle n'affecte que l'un des membres inférieurs ou supérieurs; *paraplégique*, quand elle frappe les deux membres inférieurs; *hémiplégique*, quand elle atteint les deux membres d'un même côté du corps; *générale*, quand elle envahit les quatre membres.

La forme hémiparaplégique est assez commune, en ce qu'elle constitue assez souvent la première phase des autres formes de contracture : elle survient ordinairement après une attaque tantôt d'emblée, tantôt après avoir été précédée d'une paralysie du mouvement et de la sensibilité, ou de sensations douloureuses, de fourmillements, de crampes, d'engourdissements, et de quelques secousses tétaniques (épilepsie spinale). — Dans les douze cas relevés par les auteurs, le membre inférieur est dans l'extension la plus complète, souvent porté dans l'adduction, la hanche est un peu plus relevée que celle du côté sain, le pied a l'aspect d'un pied bot varus-équin. Il en résulte que la marche est difficile, et que, lorsqu'on veut faire marcher les malades, ils portent sur le sol la griffe formée par les orteils fortement fléchis, et le bord externe du pied. La sensibilité est obtuse, quelquefois abolie; le membre contracturé est souvent agité d'une trémulation qui augmente par les mouvements ou les émotions.

Cette contracture a une durée variable; elle peut disparaître sous l'influence d'une forte émotion et puis reparaître; enfin elle peut s'étendre à d'autres membres.

La contracture des muscles de la hanche donne lieu à ce que l'on a appelé la *coxalgie hystérique* qui d'ordinaire, par son aspect, sa marche, ses terminaisons, ses signes différentiels, ne peut être confondue avec la coxalgie véritable.

La *forme paraplégique* débute de la même façon que l'hémiparaplégique. Sur huit cas, la contracture a frappé d'emblée les deux membres quatre fois, et les a envahis successivement dans les quatre autres.

Les deux membres sont rigides dans l'extension et l'adduction, de sorte que les genoux sont rapprochés l'un de l'autre, les pieds sont inclinés en dedans, se regardant par leur face plantaire, les talons sont élevés, les malléoles externes très-saillantes.

Sur dix cas de *contracture hémiplégique*, sept fois elle siégeait à gauche et trois fois à droite; dans cinq cas, la contracture frappa simultanément les membres d'un même côté, dans deux autres cas, elle atteignit le membre inférieur, puis le supérieur. Dans les trois autres, le mode de l'invasion n'est pas indiqué. Dans le cas du membre inférieur, le membre est placé dans l'extension et l'adduction comme dans les formes précédentes; dans celui du membre supérieur, la contracture peut revêtir deux formes : la plus commune est celle de la *flexion*, la plus rare, celle de *l'extension*.

La contracture hystérique, limitée à l'un des membres supérieurs, n'a pas été étudiée, d'après les auteurs, d'une façon convenable. Aux deux cas cités par eux dans leur mémoire (ob. I.) et dans la thèse de M. Lebreton, 1868 (ob. X), nous pouvons opposer deux autres cas que nous avons observés dans le service du professeur Axenfeld. Le bras gauche, la main et les doigts étaient fortement fléchis.

La *forme générale* ou *diplégique* survient souvent à la suite d'attaques hystériques pendant lesquelles on a observé une contracture passagère généralisée à tout le corps; d'autres fois, ce n'est qu'après l'envahissement successif des membres qu'elle se montre. Ordinairement les membres inférieurs présentent tous les caractères qui ont été exposés à la forme hémiparaplégique. Quant aux membres supérieurs, ils sont tantôt tous deux dans la flexion, tantôt l'un est dans la flexion, l'autre dans l'extension.

MM. Bourneville et Voulet citent deux observations de M. Charcot où ce professeur a trouvé comme lésions anatomiques une sclérose des cordons latéraux et une altération des racines antérieures des nerfs rachidiens (Voyez *Mém. de la Soc. de biologie*, tom. I, 3e série, p. 261). Mais il est difficile de savoir si, dans les cas de contracture passagère, celle-ci est la conséquence d'une hypérémie de la moelle ou d'actions réflexes diverses (Briquet).

Les pages suivantes (88 à 102) sont consacrées au diagnostic de la maladie et à ses divers modes de traitement.

HENRI HUCHARD.

De la névropathie cérébro-cardiaque, par M. KRISHABER. (*Gazette hebdomadaire*, 1872, *et in*-8°, *Paris*, *G. Masson.*)

Sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque, M. Krishaber a réuni tout un ensemble de phénomènes assez différents, qui lui ont paru constituer une seule et même affection. Le début, brusque d'ordinaire, est marqué par une sensation particulière à la tête, comme une bouffée ou un flot qui monte, par de l'obnubilation des sens, des bourdonnements d'oreille, de la photophobie, en même temps qu'une angoisse à la région du cœur; bientôt surviennent des vertiges, de la titubation, des défaillances, des syncopes, de la paraplégie, parfois des accès d'agitation. Les accidents d'abord passagers deviennent bientôt permanents avec des exacerbations d'une intensité variable. Le sommeil est profondément troublé durant des mois; des cauchemars très-pénibles l'interrompent. Les sens spéciaux sont généralement atteints : il existe de l'amblyopie, de la dipoplie, une cécité passagère ; le moindre bruit excite douloureusement l'oreille, et provoque une vive irritation; les odeurs, les saveurs ne sont pas perçues comme à l'état normal ; le toucher

n'apprécie plus la forme des objets, la locomotion est difficile ; on peut observer des conceptions erronées, des illusions, des hallucinations, des impulsions au suicide, la perte de la conscience de l'existence, de l'individualité, un état intellectuel qui ne répond pas à une maladie mentale bien définie, mais à des espèces très-variées, et sur lequel il y aurait matière à discuter.

A tout cela, s'ajoutent de l'hypéresthésie, des névralgies, des arthralgies, des myosalgies, des attaques véritables d'angine de poitrine, de la dyspnée, une toux nerveuse. La durée de la maladie a varié de deux à quatre ans; sa terminaison constante a été la guérison ; l'invasion est soudaine dans la forme grave, lente et progressive dans la forme légère.

Les causes qui président au développement de la névropathie cérébro-cardiaque sont : des émotions très-vives dans lesquelles dominent les impressions tristes, des travaux intellectuels fatigants, des veilles prolongées et obtenues artificiellement par des boissons excitantes, rarement des excès vénériens antérieurs. Il faut écarter des antécédents les habitudes alcooliques, tandis que l'abus du tabac, du café, du thé semble avoir eu dans l'apparition des accidents une influence très-vraisemblable.

Le traitement se résume dans un certain nombre de prescriptions faciles à remplir : le séjour à la campagne ou à l'air vif des montagnes, des bains tièdes prolongés, des bains turcs suivis d'ablutions froides, de l'hydrothérapie, des bains froids à eau courante.

Une des caractéristiques thérapeutiques les plus marquantes est l'impressionnabilité très-grande des malades à la médication névrosthénique et leur tolérance pour la médication antispasmodique.

Trente-huit observations ont servi de base au travail de M. Krishaber : nous ne croyons pas que toutes appartiennent à un état morbide identique, comme l'auteur le pense, et, à notre avis, s'il veut faire accepter sa manière de voir, il doit entreprendre une démonstration plus complète en s'appuyant sur des faits qui s'imposent à tous par leur évidence incontestable.

BOUCHEREAU.

Clinical lecture on a fatal case of chorea, by Henry THOMPSON. (*Medic. Times and Gaz.*, 18 *janvier* 1872.)

James G., âgé de 9 ans, entre à l'hôpital le 26 avril 1872, atteint de mouvements choréiformes, plus marqués à droite. L'agitation est extrême et continue. Il peut rire à haute voix, mais il est incapable de parler distinctement. Au bout de quelques jours, de graves accidents se manifestent : des pustules se produisent sur tout le corps ; un abcès se forme dans le dos, au niveau du scapuleum du côté gauche. Cet abcès, ouvert le 8 mai, donne issue à une quantité considérable d'un pus sanieux. Quelques jours après, des râles

sibilants nombreux se faisaient entendre dans toute la poitrine. L'enfant tombe dans le coma et meurt le 19 mai. Les convulsions choréiques avaient sensiblement diminué les derniers jours : mais un symptôme très-grave, le grincement de dents, s'était produit.

Autopsie. — Le cerveau est mou, les membranes injectées, les veines distendues : mais pas de lésions. La moelle allongée et la moelle sont indurées, mais non altérées. — Les bronches sont enflammées; une pneumonie lobulaire et lobaire existe à droite, et, dans les deux poumons, il y a de la congestion, de l'emphysème et des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Cœur. — Dans le péricarde, on trouve 128 grammes d'une sérosité pâle et des taches à la surface du cœur. Sur les valvules aortiques on trouve quelques végétations récentes, du volume d'une tête d'épingle, situées en dedans des nodules d'Arantius : à l'origine de l'aorte quelques plaques athéromateuses. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées : les orifices tricuspide et mitral sont fortement dilatés. Toutes les valvules sont encore suffisantes.

Partant de ce nouveau fait, l'auteur se rattache à la doctrine qui établit une relation intime entre les maladies du cœur, la chorée et le rhumatisme. Dans le cas actuel, dit-il, il n'y aurait pas de rhumatisme antérieur, mais il fait remarquer que la mère et un frère de l'enfant étaient morts de maladies du cœur. Il semble que la chorée, chez les enfants, remplace souvent le rhumatisme, quant à l'influence pathologique sur le cœur. Rien de plus fréquent que les bruits anormaux du cœur chez les choréiques : perçus à la pointe du cœur, ils sont volontiers acceptés comme des bruits organiques; perçus à la base, ils sont souvent considérés, et peuvent l'être avec raison, comme des bruits anémiques. Cependant, parmi les bruits de la base, on doit se demander s'il n'en est pas d'organiques, produits par une altération des valvules, épaississement ou végétations sur le bord de ces valvules. Beaucoup de ces bruits disparaissent avec la maladie, d'autres persistent, et la disparition de ces bruits ne serait pas encore une preuve de leur origine anémique. Dans le cas dont il s'agit, les végétations aortiques étaient évidentes et jamais cependant on n'avait entendu pendant la vie le moindre bruit anormal au niveau du cœur.

Quant à la question du traitement, l'auteur n'ajoute rien à ce qui était connu antérieurement. Dans le cas actuel, la médication a été très-multiple. On a successivement administré sans succès l'iodure et le bromure de potassium, du chloral, une solution arsenicale, de la teinture de belladone et du sirop de Scille. Dans les cas intenses, le chloral lui paraît mériter la préférence sur l'opium.

Nous n'ajouterons à ce fait qu'une seule remarque. La coexistence de la chorée et des lésions du cœur n'est plus en question; mais y a-t-il entre la maladie et l'altération pathologique une relation aussi évidente qu'on l'avait admis dans ces dernières années? C'est ce que l'on peut se demander. Depuis un an, plusieurs internes des hôpitaux ont signalé dans leurs thèses la coexistence d'une endocardite et de diverses maladies. M. Bouchut qui,

dans le cours de l'année 1872, avait déjà présenté à l'Institut, de concert avec M. Labadie-Lagrave, une note sur l'endocardite dans la diphthérie, a poussé plus loin ses recherches. Examinant tous les cœurs quelle que soit la maladie, il a trouvé des endocardites dans le croup, la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la méningite tuberculeuse, etc., et même à la suite d'affections chirurgicales. La loi de coïncidence établie par Bouillaud entre le rhumatisme et les affections du cœur, celle que l'on voudrait établir entre la chorée et les mêmes affections, sortiront-elles intactes de ces recherches? J. DUBRISAY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Phonométrie.

Phonometrische Untersuchung der Brust und des Unterleibs im gesunden und kranken Zustande (Examen phonométrique de la poitrine et de l'abdomen à l'état normal et dans les maladies), par Herrmann BAAS. (*Deutsches Archiv für klinische Medizine, XIe vol., 1re partie, novembre* 1872.)

Baas veut inaugurer, pour l'examen physique du thorax et de l'abdomen, une nouvelle méthode d'exploration fondée sur l'emploi du diapason. Cet instrument donne plus ou moins de son, suivant la constitution physique des parties sur lesquelles on l'applique ; à la paume de la main, sur la cuisse, sur l'avant-bras, on l'entend à peine; il résonne au contraire avec force quand on le place sur le sternum ; l'auteur a trouvé que l'on peut, d'après les différences qu'offrent l'intensité et les qualités du son suivant le point où l'on pose le diapason, reconnaître les dimensions, la situation et, dans une certaine mesure, les altérations des principaux organes contenus dans les cavités du tronc. De l'aveu de l'auteur, cette méthode exige beaucoup d'exercice et une oreille musicale ; elle fait d'ailleurs double emploi avec la percussion; il est donc peu probable qu'elle devienne jamais d'un usage vulgaire.

HALLOPEAU.

Ueber phonometrische Untersuchung der Brust und des Unterleibs (Examen phonométrique de la poitrine et de l'abdomen). Dr Paul GUTTMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 7.)

Baas a désigné ainsi un nouveau procédé d'exploration des organes, dont il est l'inventeur et qui se trouve décrit dans *Deutsches Archiv f. klin. med.*; 1872, Bd XI, p. 9-42. Cette méthode consiste à appliquer sur les diverses portions du thorax et du ventre un diapason mis en vibration : suivant que cet instrument résonnera plus ou moins, on pourra en conclure que les organes sur lesquels il se trouve vibrent ou non en même temps que lui, c'est-à-dire contiennent ou non de l'air. La

phonométrie donne donc des résultats de même ordre que ceux de la percussion, mais plus restreints; car, tandis qu'elle ne fournit de renseignements que sur le degré d'intensité de la résonnance des parties qu'on examine, la percussion permet d'apprécier, en outre, bien d'autres qualités importantes du son. La phonométrie peut être immédiate ou médiate : dans ce dernier cas, on interpose entre les organes explorés et le manche de l'instrument un plessimètre. La phonométrie immédiate est désagréable au malade quand le diapason vibre fortement ; d'autre part, elle n'est pas commode à pratiquer sur le ventre, dans les espaces intercostaux, dans les régions sus-claviculaires, en un mot partout où il n'y a pas une charpente osseuse, et ses résultats sont peu nets parce que la résonnance des parties molles est peu considérable. — Lorsque le plessimètre est difficile à appliquer, on peut le remplacer par le doigt. — Le choc imprimé au diapason doit être de moyenne intensité : trop faible, il n'accuserait pas assez nettement les différences ; trop fort, au contraire, la résonnance de l'instrument se trouverait renforcée, même au niveau d'organes compactes, par les vibrations des parties voisines, contenant de l'air. — Pour chaque nouvelle portion du corps qu'on explore, il faut imprimer à l'instrument un nouveau choc qui doit être toujours de même force. — Le diapason doit être perpendiculaire au plessimètre, et rester appliqué pendant quelques secondes, c'est-à-dire durant un temps suffisant pour que le renforcement du son propre de l'instrument commence à diminuer d'une façon évidente.

L'auteur, après avoir fait de nombreux essais de cette méthode, ne lui est pas favorable. Selon lui, elle exige au moins le triple du temps nécessaire à la percussion, ne donne le plus souvent que des renseignements beaucoup moins nets, toujours moins nombreux, et jamais de renseignements autres que ceux fournis par ce dernier mode d'exploration. Aussi la phonométrie ne lui paraît-elle avoir qu'un intérêt purement scientifique. J. B.

Microscopical and physiological researches into the nature of the agent or agents producing cholera, par J. Lewis CUNNINGHAM. (*Lancet*, 1er *février* 1873.)

Compte rendu par la *Lancet* d'un ouvrage très-intéressant de deux médecins de l'armée anglaise dans l'Inde. Trois points importants y sont examinés : 1° l'examen du sang chez les cholériques; 2° les injections dans les veines d'animaux des déjections de cholériques; 3° le résultat d'expériences faites sur les nerfs splanchnique et mésentérique et l'application de ces résultats à l'étiologie du choléra. L'examen du sang n'a pas montré aux auteurs de bactéridies ni de monades, et ils nient absolument cette cause de choléra invoquée par beaucoup d'auteurs. Ils ont trouvé dans ce liquide des altérations remarquables, existant à la fois dans le sang pendant la vie et après la mort, c'est-à-dire la présence de corpuscules arrondis en grand nombre, aussi réfringents que les leucocytes et d'une grandeur très-variable, rassemblés en petits amas et qui seraient des fragments du plasma sanguin. Ces corpuscules, entraînant avec eux des globules rouges, étaient animés de véritables mouvements amiboïdes. Ces corps se fragmentaient aisément et leurs divisions pouvaient facile-

ment être prises pour des monades, si on n'avait pas assisté à ces phases différentes. Jamais les auteurs ne rencontrèrent de bactéridies ni de monades; l'injection dans les veines d'animaux des déjections cholériques amena la mort fréquemment, par suite de troubles de la circulation très-graves et sans qu'on puisse constater quoi que ce fût qui ressemblât au choléra. Les auteurs pensent que c'est du côté du système nerveux qu'il faut chercher l'explication des causes de la maladie et ils se fondent sur les expériences qu'ils ont faites sur les nerfs abdominaux. Ils auraient observé que la division du nerf splanchnique ne provoquait aucune sécrétion intestinale, mais il n'en était pas de même de la division du nerf mésentérique.

Nous ne voyons pas absolument quelle analogie les auteurs veulent établir entre cette expérience physiologique et la production du choléra. Mais comme ils annoncent des recherches ultérieures sur cette partie de leur sujet, nous croyons devoir suspendre tout jugement sur cette opinion.

A. G.

Hémorrhagies dans la fièvre typhoïde.

Hœmorrhage from the bowels in enteric fever; its varieties and significance (De l'hémorrhagie intestinale pendant la fièvre typhoïde; ses variétés et sa signification), par J. MACLAGAN. (*Lancet*, 8 *février* 1873.)

L'hémorrhagie intestinale, si redoutée généralement dans la fièvre typhoïde, peut parfois pourtant être non-seulement sans gravité, mais même salutaire, comme l'ont affirmé Graves et Trousseau.

A quoi tient cette différence d'appréciation? A une raison anatomique, pour l'auteur. Les hémorrhagies bénignes et salutaires arrivent généralement du dixième au douzième jour, elles sont le résultat d'une rupture des petits vaisseaux gorgés de sang de la muqueuse intestinale. Cette hémorrhagie s'arrête aisément, elle est salutaire par son action antipyrétique. Les hémorrhagies graves surviennent généralement à la troisième semaine, elles sont graves, mortelles, parce qu'elles viennent des gros rameaux vasculaires de la tunique musculaire à la suite d'ulcérations profondes, et que l'état général est déjà plus mauvais. L'auteur, pour éviter autant que possible de semblables accidents, conseille la méthode de traitement française des purgatifs, instituée, on le sait, par Delarroque, et voici la raison qu'il donne de cette préférence. Il y a pour lui dans l'intestin des fièvres typhoïdes deux sortes de lésions : 1° des *lésions primitives* débutant par des glandes et se terminant par la destruction de ces glandes et la formation d'un ulcère, ce sont les *plaques dures* de Louis; 2° des lésions secondaires, causées par le séjour de ces détritus dans l'intestin, causant alors l'inflammation intense de la muqueuse et des glandes. Cette inflammation est plus forte que la précédente et peut envahir rapidement la tunique musculaire : ce sont là les *plaques molles* de Louis. Les purgatifs salins, en chassant ces détritus, peuvent avoir un effet très-salutaire, en ce sens qu'ils peuvent prévenir cette infection secondaire, dont les

suites sont plus graves que celles des lésions primitives. L'auteur conclut en divisant les hémorrhagies intestinales en trois catégories : les hémorrhagies de la muqueuse, bénignes et salutaires; les hémorrhagies du tissu sous-muqueux qui peuvent ne pas être dangereuses en raison de la petitesse des vaisseaux, mais dont la persistance peut être périlleuse; enfin les hémorrhagies de la couche musculaire, considérables et mortelles, en raison de cette abondance et de l'état général des sujets qui, à cette période, prive l'économie de toute résistance.

A. GOUGUENHEIM.

Ueber Darmblutungen bei Typhus abdominalis unter der Kaltwasserbehandlung (Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde sous l'influence du traitement par l'eau froide), par le Dr WUNDERLICH fils, de Leipzig. (*Archiv der Heilkunde*, 1872, 6e *livr.*)

Ce travail a pour but de démontrer que le traitement par l'eau froide, accusé de provoquer les entérorrhagies, rend, au contraire, ces accidents moins redoutables. L'auteur cite un certain nombre de cas à l'appui de cette assertion. Il commence par établir que les bains froids sont peut-être considérés à tort comme cause d'hémorrhagies intestinales.

« Si, dit-il, les bains froids étaient réellement une cause d'hémorrhagies « intestinales, celles-ci devraient être plus fréquentes depuis l'application « de la méthode. En second lieu, elles se produiraient pendant le bain ou « immédiatement après; tandis que, dans les cas cités, elles n'ont été « constatées que quelques heures ou même plusieurs jours après un « bain. »

L'auteur va plus loin et il déclare que l'hydrothérapie lui paraît amoindrir le danger des hémorrhagies intestinales : « La température « étant abaissée, les combustions fébriles diminuent. En second lieu, les « bains froids ont une influence favorable sur la conservation des forces; « ils rétablissent souvent les facultés mentales, diminuent la diarrhée, « ramènent l'appétit; enfin, sous leur influence, la langue se nettoie et « s'humecte, et la nutrition devient ainsi plus facile.

« Ces résultats excessivement favorables contre-balancent largement « l'influence, *peut-être seulement apparente*, des bains froids sur la pro- « duction des entérorrhagies.

KLEIN.

Études sur la variole et la vaccination.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Variola, von Dr ZUELZER. (*Berl. klin. Wochensch., décembre*, 1872, *nos* 51 *et* 52.)

Dans ce travail qui porte sur 35 observations, l'auteur s'efforce de présenter les caractères propres à la variole hémorrhagique *vraie*, que l'on a souvent confondue dans les descriptions avec la variole hémorrhagique *pustuleuse*.

Tous les malades atteints avaient été vaccinés dans leur enfance, mais

non revaccinés : ils étaient, en général, d'une bonne constitution et vivaient dans des conditions hygiéniques relativement favorables. — La période d'*incubation* a semblé plus courte qu'elle ne l'est dans la forme pustuleuse, 6 à 8 jours au lieu de 12 à 14. — Du côté de la circulation, les phénomènes sont assez caractéristiques : malgré les hémorrhagies profuses, le choc du cœur est énergique et soulève la paroi thoracique ; les bruits cardiaques sont nettement frappés ; le pouls reste plein, dur et peu fréquent. — Les *veines*, que l'auteur a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner (même durant la vie, en pratiquant la transfusion), ont des parois si rigides, qu'elles restent béantes à la coupe, mais, en même temps, elles sont si friables qu'il faut les lier avec précaution pour ne pas les déchirer. — Presque tous les malades accusaient, dès le début, une *douleur* intense au niveau de la région *précordiale*, avec irradiations fréquentes dans le bras gauche. — *Heyresthésie* cutanée en certains lieux, coexistant avec une *anesthésie* très-marquée sur d'autres points. — *Paralysies des membres* irrégulièrement distribuées. Parmi les lésions trouvées à l'*autopsie*, l'auteur insiste : 1° sur la rareté des altérations parenchymateuses des grands viscères ; 2° sur la fréquence des *hémorrhagies* dans les *gaînes* des gros *troncs nerveux*, de la portion cervicale du pneumogastrique, entre autres, fait qui, selon M. Zuelzer, pourrait rendre compte de la névralgie cardiaque observée pendant la vie.

J. B.

Beiträge zu den hämorrhagischen Poken (Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique), par le Dr Lothar MEYER. (*Deutsche klinik, n° 44, 2 nov. 1872.*)

L'auteur consigne, dans cet article, les résultats de 119 cas de variole hémorrhagique qu'il a observés à Berlin, du 1er janvier au 20 juillet 1870, et du 10 août au 31 décembre 1871.

La durée de l'incubation et la forme des prodromes étaient analogues à ce qui a lieu dans la variole ordinaire. L'éruption seule caractérise la variole hémorrhagique ; elle peut se présenter sous forme de papules remplies de sang, ou de taches de purpura. L'auteur considère donc une variété *papuleuse* et une variété *purpura*, puis une variété *purpura-papuleuse*.

Ce qui frappe surtout dans la variété purpura, c'est que la température est relativement peu élevée en comparaison de la fréquence du pouls.

Quant aux résultats, voici les conclusions que l'auteur a pu établir :

1° Le nombre des malades atteints de variole hémorrhagique est à peu près égal pour les deux sexes, bien que le rapport de ces cas à ceux de variole ordinaire soit deux fois plus fort pour les femmes que pour les hommes. Le nombre des décès chez les femmes a été de 93, 2 pour 100 et, chez les hommes, de 88,3 p. 100.

La variété purpura et la variété mixte ont donné une mortalité absolue de 100 p. 100 ; la variété papuleuse a donné une mortalité un peu moindre : 74,07 p. 100 chez les hommes, et 81,8 p. 100 chez les femmes.

TH. KLEIN.

Das Prodromal-Exanthem der Pocken (L'exanthème prodromique de la variole), par Th. SIMON, de Hambourg. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872, *p.* 541.)

D'après Simon, le rash prodromique de la variole serait dû à une névrose des nerfs vaso-moteurs. Comme preuve à l'appui, l'auteur compare les différents siéges de cet exanthème, tels qu'ils ressortent de l'observation clinique, avec les « départements d'innervation » de la peau, décrits et représentés par Voïgt. Cet auteur divise le corps en trois régions principales: antérieure, latérale et postérieure, innervées par les branches antérieures, latérales et postérieures des nerfs crâniens et rachidiens. Les principaux points à relever sont :

1° Le triangle inguinal où l'exanthème se montre en même temps qu'au bas-ventre, indépendant à ce point de vue des membres inférieurs, et innervé en effet par les branches du nerf de l'abdomino-génital, appartenant donc anatomiquement à la région antérieure du tronc, dont il forme l'angle inférieur ;

2° L'autonomie au point de vue clinique de l'exanthème des parties génitales formant, d'après Voïgt, la partie antérieure de la région inférieure du bassin, complétement distincte du tronc, quant à son innervation;

3° La limite postérieure ordinaire du rash (de l'angle inférieur de l'omoplate au trochanter), correspond exactement à la ligne de séparation des régions antérieure et postérieure de Voïgt.

Le caractère principal de l'exanthème prodromique de la variole, c'est que les nerfs vaso-moteurs provenant des branches postérieures des nerfs rachidiens ne sont presque jamais atteints.

Dans un fait unique (sur 300 observés par Simon) où le rash siégeait à la région lombaire, il correspondait exactement à un des départements d'innervation de Voïgt.

Enfin, dans un cas exceptionnel où la rachialgie prodromique avait été remplacée par une névralgie sciatique droite, le rash se montra d'abord sur la cuisse droite. EXCHAQUET.

Variole hémorrhagique d'emblée, par le Dr Alphonse SALVY. (*Thèse de Paris* 1873. *n°* 26.)

L'auteur rapporte six observations de variole hémorrhagique d'emblée chez des sujets vaccinés. — Dans un cas, la mort a été le résultat d'une pneumonie intercurrente; dans un autre, le sujet est mort le cinquième ou sixième jour de la maladie, à la suite de violentes douleurs rachialgiques. — Les quatre autres sujets ont passé aux convalescents au bout d'un ou deux mois. — Ce travail peu développé se termine par les conclusions suivantes :

« Nous ignorons quelles sont les circonstances individuelles qui ren-
« dent les uns aptes à contracter la variole et qui font que les autres ont
« pour eux l'immunité; qui font que l'un a une variole discrète et l'autre
« une variole confluente. Nous ne savons pas pourquoi l'immunité de la

« variole peut s'acquérir par le fait de la vaccine ou de la variole antérieure; le fait n'en existe pas moins. Mais dans le cas de variole hémorrhagique d'emblée, quoique la vaccine soit ancienne et ait perdu de l'énergie de son influence, son action la moins contestable pour nous est de laisser l'espoir d'une crise favorable à l'élimitation des déchets et à la guérison, tandis que la variole hémorrhagique d'emblée se termine fatalement pour celui qui n'a jamais été soumis à la vaccination. Aussi nous concluons que la vaccination et la revaccination sont les moyens prophylactiques. » KLEIN.

De la non-identité d'origine de la variole et de la varicelle, par M. RODET. (*Annales de Dermatologie,' année* 1872-73, *n°* 1.)

Rodet démontre par deux observations : 1° que la varicelle ne produit que la varicelle chez les enfants non vaccinés; 2° que le virus vaccin agit chez ceux qui ont eu la varicelle absolument comme chez ceux qui n'ont encore eu aucune éruption.

M. G. a une petite fille de 8 mois non vaccinée, elle a la varicelle qui suit son cours normal, un mois plus tard elle est vaccinée avec succès. Trois autres enfants de la même famille avaient été vaccinés plusieurs années auparavant; ils ont la varicelle, malgré leur vaccine.

M. P. a un fils âgé de 14 ans qui a la varicelle, deux autres de ses enfants dont l'un seulement était vacciné l'ont ensuite, la varicelle a la même marche chez l'un et chez l'autre; le sujet non vacciné est vacciné avec succès un mois plus tard. DEBOVE.

On the pathology and treatment of small-pax, by Robert H. BAKEWELL, (*Med. Times and Gaz.*, 9 *nov.* 1872.)

L'auteur, chargé d'un service de varioleux pendant une épidémie qui a ravagé l'île de la Trinité, a fait les remarques suivantes : La grossesse est une fâcheuse complication de la variole, mais n'ajoute rien aux dangers de la maladie s'il n'y a pas avortement. — La laryngite n'est jamais par elle-même une cause de mort; elle ne se produit avec des caractères sérieux que dans les varioles graves, jamais dans les éruptions discrètes ou semi-confluentes. — Un des meilleurs symptômes de guérison est le retour de l'appétit qui devient vite très-marqué. Il faut surveiller les malades pour qu'ils ne surchargent pas leur estomac.

Les accidents secondaires du côté de la peau sont les furoncles, les abcès, et souvent le pemphigus, qui apparaît vers le neuvième ou le dixième jour de la guérison.

Les différences les plus tranchées existent au point de vue de la contagion entre les Hindous et les nègres. Les premiers sont très-réfractaires à la variole et n'ont que des varioles discrètes ou semi-confluentes, mais parfois des varioles hémorrhagiques. Les nègres ont très-facilement la variole, et le plus ordinairement des varioles confluentes. La vaccine les préserve très-peu de la maladie ou tout au moins pour un temps très-court. Pendant la durée d'une épidémie, sur 90 enfants vaccinés, 31 furent

atteints de variole. Plusieurs nègres furent atteints deux fois en l'espace de six mois.

Cette différence s'explique, selon l'auteur, par les qualités différentes du sang. Les Hindous sont généralement anémiques, et l'anémie prédispose à des varioles discrètes, quelquefois aux varioles hémorrhagiques. — Les nègres sont pléthoriques : la pléthore prédispose aux varioles graves, aux varioles confluentes. — Nous laissons à l'auteur toute la responsabilité de cette théorie qui n'a pas été, que nous sachions, admise jusqu'ici en France. J. DUBRISAY.

Bericht über das Material des Hamburger Pockenhauses, vom August 1871 bis Februar 1872. (Rapport sur l'épidémie de variole observée à l'hôpital des varioleux de Hambourg, d'août 1871 à février 1872), par le Dr SCHEBY-BUCH. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872, *p.* 506.)

L'auteur a observé 1413 malades (mortalité, 15 1/3 0/0), dont 81 malades non vaccinés (mortalité, 48 0/0), 47 cas de vaccinations douteuses (mortalité, 64 0/0), environ 4 0/0 du nombre total ont présenté la forme hémorrhagique terminée constamment par la mort.

L'auteur insiste surtout sur les particularités qu'il a été à même d'observer, en les prenant période par période.

L'incubation lui a paru avoir en moyenne une durée de 14 jours, et il a vu souvent se produire pendant ce stade des symptômes morbides, surtout céphalalgie et courbatures, qui empêchaient de le distinguer de la période d'invasion proprement dite.

La période d'invasion avait une durée moyenne de 2 à 4 jours ; mais on n'a pas constaté le rapport signalé par Trousseau, entre la durée de cette période et la marche de la variole.

On a vu très-souvent les règles coïncider avec cette période; la variole comme d'autres maladies aiguës paraît en avancer l'époque.

Au point de vue de l'éruption, Scheby-Buch insiste sur la rareté de l'éruption variolique au bas-ventre et au triangle supérieur de la cuisse, siége le plus fréquent de l'exanthème prodromique. En général, ces parties restent intactes, qu'il y ait ou non exanthème prodromique ; ou l'éruption y est au moins beaucoup plus discrète. Le même fait se montre aussi, mais moins constamment, pour le creux axillaire.

Dans 720 cas, on a recherché l'albumine dans l'urine, et on en a trouvé 123 fois. D'après ces recherches, l'albuminurie se montre dans les trois quarts des cas graves, surtout dans les formes hémorrhagiques, même sans hématurie. L'albumine apparaît généralement pendant la période d'invasion ou d'éruption, et disparaît avec le stade d'acuité. Il est rare de la voir survenir pendant la convalescence, où elle peut amener la mort avec les symptômes d'une néphrite aiguë.

L'auteur a observé 67 cas de variole hémorrhagique proprement dite, caractérisée par les épanchements sanguins dans la peau, et qu'il distingue des varioles compliquées d'hémorrhagies. Dans tous, la mort a été constante et rapide. Ils ont présenté la plus grande fréquence entre 20 et 25 ans ; deux seulement des sujets atteints n'avaient pas été vaccinés ; chez dix, la vaccination était douteuse. L'exanthème prodromique ne pré-

sentait dans cette forme d'autre particularité que de devenir toujours hémorrhagique. Dans presque tous les cas, les hémorrhagies cutanées étaient accompagnées d'hémorrhagies diverses. Enfin, la marche était si rapide, que la mort survenait assez souvent avant que l'éruption fût visible.

Dans une dizaine de cas, la variole n'est devenue hémorrhagique qu'après avoir présenté quelques jours une marche normale, généralement du deuxième au quatrième jour de l'éruption, pour marcher alors très-rapidement vers la mort. Les maladies préexistantes n'ont pas semblé prédisposer aux formes hémorrhagiques, comme l'ont dit certains auteurs. Pour Scheby-Buch, la variole hémorrhagique ne représente qu'une forme de la variole, la plus grave de toutes, dépendant de la qualité ou de la quantité du virus et du génie épidémiques, et non de prédispositions individuelles. EXCHAQUET.

A study of 972 cases of Small-pox, with réference to the modifying influence of vaccination (Examen de 972 cas de variole ; influence de la vaccination), par J. RUSSELL. (*The Glasgow medical Journal, november* 1872.)

La statistique de Russell comprend un nombre de 972 cas de variole admis à l'hôpital de Glasgow du 1er janvier 1871 au 30 avril 1872. — Voici les données principales qui ressortent de ce travail :

1° Pour les individus vaccinés, la mortalité générale a été de 9,4 p. 100. — Elle a été de 29,75 chez les autres;

2° La mortalité a été, dans les mêmes circonstances, plus considérable chez les hommes que chez les femmes (dans la proportion de 12 à 5,5 et de 31,7 à 25,7);

3° La mortalité a été de 3,8 p. 100 chez ceux qui portaient de belles cicatrices vaccinales ; de 21 p. 100 chez ceux qui n'avaient que des cicatrices « mauvaises, » — avec une cicatrice la mortalité a été de 10 p. 100, — avec 2 cicatrices, de 8,7 p. 100 ; 14 personnes ayant au moins 3 cicatrices ont toutes guéri. — Aussi, en se fondant sur ses observations et et sur celles de Marson (1866 cas), l'auteur croit pouvoir dire que la durée de l'immunité pour la variole est en rapport avec la quantité de virus vaccinal absorbé;

4° Lorsque l'éruption est « rare » (avec ou sans vaccination antérieure), la guérison est la règle. — Sur 370, un seul malade atteint d'affection cardiaque mourut soudainement. — Avec une éruption « copieuse, » la mortalité a été de 6 et de 12 p. 100 suivant que les malades étaient vaccinés ou non.— Avec une éruption « confluente, » elle a été de 69 et de 55 p. 100.

5° L'étendue de l'éruption est en raison inverse des résultats de la vaccination ; on en peut juger d'après le tableau suivant :

	Éruption rare.	Copieuse.	Confluente.
Belle cicatrice.....	74 p. 100.	22 p. 100	4 p. 100.
Mauvaise cicatrice.....	37 —	37 —	26 —
Pas de vaccination.....	13 —	41 —	46 —

6° La tendance à la confluence augmente chez les individus non vaccinés à mesure qu'ils avancent en âge;

7° L'influence de la vaccine sur l'étendue de l'éruption diminue à mesure que l'âge augmente;

8° L'influence d'une bonne vaccination est très-stable, celle d'une mauvaise vaccination, très-instable. A. SEVESTRE.

Der Zustand des Gehörorgans bei Variola (État de l'organe auditif dans la variole), par le Dr OGSTON, d'Aberdeen. (*Archiv für Ohrenheilkunde, t.* VI, 4e *livr.*)

L'auteur a constaté que les parties internes de l'oreille ne sont jamais affectées par la variole; elles ne participent qu'aux troubles de la nutrition provoqués par l'état fébrile. KLEIN.

Die Blattern in Südaustralien (La variole en Australie), par le Dr ROCHLITZ, de Melbourne. (*Archiv für Syphilis und Dermatologie*, 1872, *p.* 393.)

L'auteur traite surtout deux points, l'historique de la question et l'identité de la variole et de la varicelle. La variole, introduite dès longtemps en Australie par des vaisseaux d'émigrants, s'y est transformée en une varicelle bénigne qui était regardée par les médecins du pays comme une maladie particulière à la colonie. L'auteur a observé, en 1868-69, une épidémie légère de variole vraie, importée par des émigrants, et où il a observé des faits qu'il croit concluants au point de vue de l'identité de la variole avec la varicelle ordinaire et celle qu'on observait auparavant dans le pays. EXCHAQUET.

Accès pernicieux dans le cours d'une fièvre typhoïde, par le Dr LUBANSKY, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lyon. (*Lyon méd.*, n° 1, 5 *janv.* 1873, *p.* 30.)

Le malade présentait tous les soirs un accès de fièvre assez marqué, qui fut remplacé deux fois par des accidents d'éclampsie formidables; une seule dose de 1 gramme de sulfate de quinine fit disparaître complétement ces graves phénomènes. J. C.

Des hémorrhagies bronchiques envisagées dans leurs rapports avec la phthisie pulmonaire. Observation d'hémoptysie par cause traumatique ayant occasionné la phthisie, par le professeur TEISSIER. (*Lyon méd., n° 1, 5 janvier 1873, p. 10.*)

M. Teissier examine seulement les hémoptysies du début. Il fait un historique intéressant des opinions connues de Morton, Laënnec et son école, puis de Trousseau, Bricheteau, Graves, Niemeyer, Jaccoud, etc. Il a observé bien des malades chez lesquels l'hémoptysie, bien que symptôme initial de la maladie, pouvait être considérée comme une expression de l'affection diathésique, et non comme cause de tuberculisation. Cependant, dans quelques cas, il fut conduit à admettre que « l'hémorrhagie, soit par la présence du sang dans les bronches, soit par le molimen dont elle est l'expression, avait déterminé une fluxion pulmonaire qui, par suite d'une disposition organique cachée, d'une diathèse spéciale en un mot, avait passé à l'état de pneumonie chronique, puis de phthisie. »

Suivent quelques observations à l'appui : deux d'entre elles sont relatives à des hémoptysies, suites de traumatismes atteignant le thorax, et auxquelles a succédé la phthisie. L'examen *post mortem* manque absolument.

En résumé, M. Teissier ne croit à l'influence de l'hémoptysie sur la production de la phthisie que dans les cas où il existe une prédisposition de l'organisme à la scrofulose ou à la tuberculose. J. G.

Die chronische Bronchopneumonie (Lungenschwindsucht) und die Granulie (Tuberculose) (La broncho-pneumonie chronique (phthisie pulmonaire) et la granulie (tuberculose), par le Dr AUFRECHT, de Magdebourg. (*Magdebourg*, 1873.)

Le titre de cette brochure nous donne une idée complète des opinions de l'auteur. D'un côté, il considère la broncho-pneumonie comme la lésion primordiale de toute phthisie pulmonaire. Le tubercule, ou, comme il propose de l'appeler, la granulation, ne se produit que par suite de l'inflammation. D'un autre côté, cette granulation ou tubercule, qui a été considérée si longtemps comme le néoplasme caractéristique et spécifique d'une maladie appelée phthisie pulmonaire, ne serait qu'un épiphénomène, un résultat d'une inflammation chronique ou de l'introduction d'un corps étranger dans le tissu pulmonaire. C'est pour cette raison que l'inoculation d'un grand nombre de substances peut produire la tuberculose. Comme conséquence de cette théorie, il y aurait des moyens prophylactiques à employer, c'est-à-dire une bonne hygiène, surtout dans les écoles primaires, où, d'après l'auteur, les enfants prennent le germe de la broncho-pneumonie, qui devient la phthisie. L'hérédité ne jouerait qu'un rôle secondaire, en ce sens qu'il suffirait d'une cause efficiente peu accusée pour produire la phthisie chez les sujets d'une constitution faible. Ce qui rend la maladie si difficile à guérir, ce serait l'état avancé des lésions au moment où les symptômes commencent à se montrer, et par conséquent où le malade va réclamer les soins du médecin. KLEIN.

Note on the chemical history of the eruption sometimes following the administration of chloral (Origine chimique de l'éruption qui suit quelquefois l'administration du chloral), par BLUNT. (*Brit. med. Journ.*, 22 *février* 1873.)

Dans le sang, le chloral se décompose, sous l'influence des alcalis, en chloroforme et en acide formique. Les formiates qui sont la conséquence de cette décomposition s'élimineraient par les glandes sudoripares et la peau, et cette élimination serait cause de l'irritation, origine de l'éruption observée. C'est l'explication qu'en propose l'auteur. A. G.

The urine in hœmophilia, par WICKHAM-LEGG. (*Brit. med. Journ.*, 8 *févr.* 1873.)

L'auteur examina l'urine dans un cas d'hémophylie pour s'assurer de la quantité d'urée qu'elle pouvait contenir. Cette quantité était celle d'une urine normale ou fort peu inférieure. Ces recherches s'accordent avec celles de Grandidier, de Leipzig, de Schliemann, de Fluger. L'observation rapportée par l'auteur est celle d'un jeune enfant, âgé de 11 ans, chez lequel les hémorrhagies débutèrent à l'âge de 17 mois par des ecchymoses du dos et des jambes. Les épistaxis commencèrent à se montrer à 2 ans. A cette époque il fit une chute sur le front et il eut à la suite une hémorrhagie dont il faillit périr. Les épistaxis se montrèrent tous les deux ou trois mois. A 4 ans, il eut de l'hémutarie, et des hémorrhagies buccales se manifestèrent quand tombèrent les dents de lait. Il y a deux ans, des épanchements hémorrhagiques se firent dans toutes les grandes articulations et celles des doigts. Deux ans auparavant il fut traité dans un hôpital de Londres pour une lésion analogue. Son frère était comme lui hémophilique. L'auteur constata encore de l'épanchement du genou gauche ; la température n'était pas élevée et l'appétit très-bon, aussi crut-il l'occasion favorable pour rechercher l'urée.

En 1802, Heberden, dans son traité *De purpureis maculis*, a donné une description remarquable et tout à fait conforme à ce qui a été observé par l'auteur dans l'observation actuelle. A. G.

Production of diastolic murmur, par FOSTER. (*Brit. med. Journ.*, 11 *févr.* 1873.)

Observation d'insuffisance aortique dont l'intérêt était dans le siége du bruit à la pointe du cœur. Le docteur Foster avait pensé que cela était dû probablement à ce que le segment gauche des valvules aortiques était seul insuffisant. A l'autopsie on trouva que l'insuffisance était due en effet au rétrécissement et à l'épaississement du segment gauche de ces valvules. A. G.

Contribution à l'histoire de la dyspepsie. Etude sur le siége et les conditions pathogéniques de l'affection dite dyspepsie intestinale, par le Dr CAULET. (*Extr. des Ann. de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris, t. XVIII.*)

En s'appuyant sur des considérations physiologiques exactes, M. Caulet fait remarquer qu'à l'état normal le travail de la digestion s'opère à la fois dans toute l'étendue des portions actives du tube digestif; que la digestion intestinale commence en même temps que la digestion stomacale, se développe parallèlement à celle-ci et finit probablement très-peu de temps après elle. Il en conclut que le fait de l'apparition tardive des accidents dans une dyspepsie ne peut, en aucune façon, autoriser la localisation de l'affection dans l'intestin.

L'analyse des symptômes notés dans les faits cités par les auteurs ou dans ceux que l'auteur a recueillis lui-même ne prouverait pas que chez les dyspeptiques, dont les malaises ne commencent que trois ou quatre heures après le repas, l'estomac fonctionne bien et s'acquitte parfaitement de sa tâche.

Rien n'obligerait absolument à rapporter à l'intestin l'origine et le siége des dyspepsies à manifestations tardives.

Partant de ces données, M. Caulet croit pouvoir avancer que *l'estomac est le siége de la dyspepsie tardive, aussi bien que de la dyspeosie précoce*, et il cite plusieurs observations à l'appui de cette proposition.

Mais alors surgit la question suivante :

A quoi tient la tardive apparition des accidents, et pourquoi le travail digestif, régulier et insensible durant des heures, devient-il tout à coup pénible ou douloureux ?

Voici la réponse de l'auteur :

« Tandis que la dyspepsie immédiate peut n'accuser qu'une simple perturbation de la sensibilité propre de l'estomac et se produire en dehors de toute modification des processus chimique et mécanique de la chymification, la dyspepsie tardive trahit une altération ou une insuffisance des sécrétions et des mouvements du viscère, dont la sensibilité normale, non offensée d'abord par le contact des aliments et l'exercice de la fonction, ses excitants naturels, s'exalte enfin et réagit sur l'économie par le fait de l'arrêt de la fonction après l'épuisement de l'organe et du séjour prolongé des aliments.

« La dyspepsie immédiate, pouvant ne résulter que d'une altération de la sensibilité organique, se rapproche de la gastralgie, à laquelle nombre d'auteurs la rattachent; la dyspepsie tardive, au contraire, rentrant dans ce que les auteurs anglais désignent par le terme de *chronic indigestion* et trahissant une lésion effective de la digestion gastrique, est le signe d'un affection matérielle de l'estomac. »

Dans ces quelques pages intéressantes, l'auteur arrive certainement à montrer que, tardive ou non, la dyspepsie peut dépendre de l'estomac; mais ce serait aller beaucoup trop loin, ce nous semble, si l'on concluait avec lui que l'intestin n'y prend part dans aucun cas.

G. H.

Ein Beitrag zur Rhumatische Lehre (Contribution à l'étude du rhumatisme), par le Dr Carl HEYMAN, in Wiesbaden.(*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LVI, 3e livraison.*)

Quelle est la part du froid dans la production du rhumatisme ?

C'est la cause dominante, disent ceux qui accordent une place à part au rhumatisme, tandis que d'autres tendent à faire du rhumatisme une inflammation commune obéissant à des causes variées.

Placé sur ce terrain de la nature du rhumatisme et de sa cause, l'auteur passe en revue les diverses opinions qui se disputent la place. La théorie de la rétention de l'acide lactique contenu dans la sueur par suppression des fonctions de la peau est défendue par Fuller Willams et Prout ; d'autres accusent les acides gras et l'acide acétique. quelques-uns invoquent la rétention de l'ammoniaque ou de l'acide carbonique ; vient ensuite la théorie nerveuse défendue par Skoda et Risenmann. L'action du froid sec ou humide sur la peau impressionne les centres nerveux, qui déterminent des actes morbides réflexes au point même où le froid a agi, ou dans d'autres points de l'économie.

L'auteur après avoir combattu rapidement les théories chimiques, développe avec complaisance la théorie nerveuse, cite cet exemple vulgaire de plusieurs individus refroidis dans la même circonstance et présentant bientôt, l'un un torticolis, l'autre une angine, celui-ci une néphrite catarrhale, celui-là un rhumatisme plus ou moins généralisé ; et il conclut en faveur de la théorie nerveuse, en disant que l'impression du froid propagée aux centres nerveux produit une irritation réflexe des nerfs trophiques qui tiennent sous leur dépendance la nutrition des tissus.

Pour appuyer sa théorie, l'auteur invoque les travaux de Pflüger, et ceux de Wittich, ceux de Meissner et de Samuel, etc... Il lui semble que cette théorie permet de mieux comprendre les lésions *symétriques* et la marche régulièrement progressive de l'arthrite déformante ; enfin il explique de même par une irritation des nerfs trophiques ces arthropathies, qui ne sont plus de cause réflexe, mais centrale, et qu'on rencontre à la suite des affections nerveuses des centres nerveux.

Les faits de Brown-Séquard, Gubler et Charcot trouvent ici leur place.

Le travail de C. Heymann est, comme on le voit, purement théorique ; il n'ajoute rien à nos connaissances sur la matière et se borne à traduire des préférences, assez légitimes peut-être, mais insuffisamment fondées.

J. GRANCHER.

Études sur la migraine.

On migraine (Sur la migraine), par S. CLIFFORD-ALLBUTT. (*The Practitioner janvier 1873.*)

L'auteur veut démontrer qu'il y a, dans la migraine, plus qu'une névralgie. La croyance vulgaire attribuait la migraine à un état patho-

logique de l'estomac et du foie. C'est en se rapprochant de cette opinion que le Dr Allbutt croit que les troubles des viscères abdominaux jouent un grand rôle dans cette affection. Ce que l'auteur nomme *hypothèse trigéminale* (névralgie du trijumeau) ne tient aucun compte des désordres que l'on voit survenir surtout dans les migraines qui se prolongent pendant de longues années. Puis, il insiste sur les phénomènes qui sont liés à l'état général et sans rapport avec la névralgie du trijumeau :

1° Le *vomissement* qui, d'après lui, diffère du vomissement cérébral en ceci, qu'il est précédé de nausées prolongées ; qu'il est suivi d'un répit assez long ; qu'il se compose en grande partie de bile ;

2° Qu'il excite des désordres très-nets du foie : sensibilité à la pression, teinte subictérique, matières fécales décolorées ou très-bilieuses ;

3° Désordres de l'estomac, dégoût pour certains aliments, et quelquefois dyspepsie prolongée pour les matières grasses ;

4° Que, dans certains cas, il suffit d'écarts de régime pour faire reparaître la migraine;

5° Enfin, l'efficacité plus grande du traitement qui s'adresse aux troubles digestifs que de celui qui s'attaque aux phénomènes nerveux.

Telles sont les conclusions du travail du Dr Allbutt, conclusions qu'il appuie, du reste, de plusieurs observations fort intéressantes.

H. CHOUPPE.

The abdominal complications of migraine, and their treatment (Complications abdominales de la migraine et de leur traitement), par ANSTIE. (*The Practitioner, janvier* 1873.)

Après avoir sommairement résumé ses discussions antérieures avec le Dr Allbutt, l'auteur se félicite d'avoir vu dans ces derniers temps M. Allbutt admettre, au moins en partie, sa théorie. La question n'est donc plus que de savoir si les troubles abdominaux sont causes efficientes de la maladie ou du moins l'aggravent, ou bien si ce sont des phénomènes gênants pour le malade, mais n'exerçant que peu ou pas d'influence sur la maladie elle-même.

L'auteur attribue ce dissentiment, entre le Dr Allbutt et lui, à ce que ce dernier observait des sujets d'un âge mûr, tandis que lui observe surtout des enfants. Il attribue, du reste, les migraines invétérées, à forme abdominale, à un traitement intempestif et évacuant, institué dès la jeunesse.

L'auteur insiste plus loin sur les difficultés que l'on trouve dans certains cas pour guérir ces troubles digestifs.

Et il termine en disant qu'à son avis beaucoup des cas cités par M. Allbutt disparaîtraient, si l'on s'attaquait de bonne heure, par une méthode sage et rationnelle, à l'élément nerveux. H. CH.

On sick-headache (De la migraine), par LATHAM. (*Brit. med., Journ., 4 janv.* 1873.)

L'auteur a surtout en vue la pathogénie de cette affection ; il passe en revue les opinions connues de Tissot, Romberg, Hasse, Lebert, Du Bois-Reymond, Lévenig et Mollendox. Ces derniers se sont fort étendus sur

l'action du grand sympathique qui paraîtrait jouer un rôle capital dans la production de la migraine. Leurs contradictions ne seraient dues qu'à ce que les observations portaient sur les périodes différentes de cette affection. La première période, qui a surtout été étudiée par Du Bois-Reymond, serait caractérisée par une sorte d'excitation et de tétanisation des vaisseaux, et la deuxième par le relâchement des vaisseaux et l'afflux sanguin consécutif : cette période a été étudiée par Mollendox. Le point le plus remarquable dans le travail de ce dernier auteur, c'est ce fait, que l'examen ophthalmoscopique révèle une congestion du fond de l'œil, se montrant en même temps que celle de la conjonctive. De plus, Mollendox rapporte que l'on observe aussi à ce moment une évacuation abondante d'urine très-claire et une forte sécrétion de salive gluante et désagréable; ces deux phénomènes rappelleraient parfaitement ce qui se passe après la section des nerfs splanchniques et des branches du sympathique qui vont aux glandes. A. GOUGUENHEIM.

The pathology of sick-headache (Etude pathologique sur la migraine), par LATHAM. (*Brit. med. Journ.*, 1er *février* 1873.)

Ce travail est une réfutation de l'opinion du docteur Anstie sur la pathogénie de la migraine. L'auteur partage à ce sujet les vues de Du Bois-Reymond et de Mollendox qui pensent, on le sait, que l'irritation du grand sympathique est la cause de cette affection. Anstie soutient au contraire qu'elle est due à une irritation moléculaire atrophique des racines du nerf trijumeau. L'auteur se demande comment, en adoptant cette hypothèse, on pourrait expliquer, comme il l'a observé, ainsi que d'autres cliniciens, que la fermeture de l'œil opposé au côté qui est le sujet des premières souffrances peut non-seulement amener une sédation de ces souffrances, mais même dissiper les troubles de la vue dans l'œil qui est resté ouvert et où ces troubles étaient assez intenses. Il ajoute encore que la même hypothèse ne ferait pas comprendre les sensations qui se manifestent du côté opposé à celui où se sont montrées les premières souffrances, c'est-à-dire cette douleur intense qui accompagne l'injection très-vive de la peau et des muqueuses, injection due, on le sait, à la dilatation des vaisseaux et à l'afflux consécutif du sang, symptômes que calme assez aisément la compression des vaisseaux cervicaux. M. Latham poursuit la démonstration de l'origine sympathique de la migraine en exposant d'abord que le Dr Wilks a vu dans cette affection la pupille se contracter. Enfin il termine par la description de phénomènes que l'on peut provoquer aisément par l'administration de la digitale et qui sont dus, comme le démontrent les expériences, à l'irritation du grand sympathique. Quelques-uns de ces phénomènes se rencontrent au début de la migraine dans la phase d'excitation : ce sont des sensations lumineuses, de véritables phosphènes par exemple qui ont été observés par Stadion et Sauders. Ces sensations oculaires avaient été observées déjà, en 1868, par Brunton dans un travail (*on digitalis*). Purkinje, en 1825, les avait décrites aussi à cette époque. Les migraineux ressentent au moment de leurs attaques du froid aux extrémités. Ludwig et Loven ont pensé que c'est encore un résultat de l'irritation du grand sympathique

ayant pour conséquence l'afflux plus considérable de sang vers les parties souffrantes. A. G.

Ueber eine abortive Form des Tetanus, par KUSSMAUL (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 11e *vol.*, 1re *partie, novembre* 1872.)

Ce travail a pour objet d'établir qu'il existe un tétanos abortif, distinct du tétanos bénin qu'ont décrit Rose et Mac Grigor ; il serait surtout caractérisé par sa longue durée ainsi que par le peu d'intensité des contractions toniques et leur extension à un grand nombre de muscles ; on n'y observerait pas les secousses brusques qui constituent un des symptômes les plus frappants de la maladie dans son type vulgaire. Dans le fait que l'auteur rapporte à l'appui de sa thèse, on a noté, en outre, les particularités suivantes : les premiers symptômes du tétanos n'ont paru que plus de trois semaines après le traumatisme qui en avait été le point de départ (ce début tardif est la règle dans les cas bénins) ; la maladie a suivi son cours sans s'accompagner de fièvre, d'accélération du pouls, ni d'insomnie ; l'excitabilité réflexe n'a pas subi d'accroissement (?) ; les sueurs ont été très-abondantes. H. HALLOPEAU.

Observation d'anurie chez une hystérique, par M. CHARCOT. (*Séance de la soc. de biologie du* 29 *octobre* 1872. — *Gaz. méd., p.* 10, 1873.)

Une femme hystérique, atteinte de paralysie avec contracture des membres du côté gauche et ensuite du côté droit, fut prise pendant plusieurs mois d'anurie incomplète. Elle rendait chaque mois environ 80 grammes d'urine et vomissait des matières renfermant de l'urée en abondance. L'élimination de l'urée par les matières vomies était assez grande pour qu'il ne se fît aucune accumulation de cette substance dans le sang. (V. *Gaz. méd.*, n° 21, 1872.) L'analyse de l'urine et des matières vomies a été faite d'une manière très-précise par M. N. Gréhant, et M. Charcot s'est entouré des plus grandes précautions pour éviter toute erreur ou toute supercherie. HENRI HUCHARD.

Un point de physiologie pathologique dans la paralysie infantile. Communication de M. VULPIAN, à la séance de la Société de biologie du 29 octobre 1872. (*Gaz. méd., p.* 9, 1873.)

Pour expliquer la perte si rapide de la contractilité musculaire dans la paralysie infantile, M. le professeur Vulpian imagine qu'il se fait, dans les nerfs destinés aux muscles qui doivent s'atrophier, une dégénération analogue à celle qui résulterait de la section de ces nerfs. Le travail phlegmasique qu'accuse le mouvement fébrile, si fréquent au début de la maladie, et qui prend naissance dans la substance grise de la moelle, détruit

les relations normales entre les fibres nerveuses et les cellules et frappe ainsi de dégénérescence les cordons nerveux privés de leurs centres trophiques.

Si l'on n'a trouvé après la mort qu'une simple atrophie avec conservation de tubes nerveux devenus plus ou moins grêles dans les racines antérieures et les nerfs moteurs, c'est que les autopsies étaient faites à une période fort avancée de la maladie, quand une restauration autogénique avait pu se produire dans les filets nerveux atteints primitivement de dégénérescence granulo-graisseuse.

Dans la paralysie musculaire progressive, les lésions de la substance grise doivent se faire lentement, elles détruisent moins rapidement les connexions entre les fibres nerveuses et leurs cellules, et ne sont suivies qu'après un temps assez long de la perte de la contractilité musculaire.

HENRI HUCHARD.

Trousseau's Tetanie? Ergotismus: Dr BAUER. (*Berlin. klinische Wochenschrift*, 28 *octobre* 1872.)

L'auteur rapporte sous ce titre trois faits d'ergotisme convulsif et émet finalement l'opinion que le tétanos intermittent de Dance et la tétanie de Trousseau pourraient bien n'être autre chose que des observations semblables, mais dans lesquelles on n'a pas reconnu la cause toute spéciale.

J. B.

Thromboses des sinus de la dure-mère, par le docteur MARTY. (*Thèse inaug. de Paris*, 1873.)

L'auteur admet d'abord, avec tous les auteurs, deux espèces de thromboses : l'une qui a lieu par altération des parois (*thrombose inflammatoire*); l'autre par altération du sang (*thrombose marastique*).

La première survient à la suite des traumatismes, de l'érysipèle du cuir chevelu, d'un eczéma, qui agissent principalement sur le sinus longitudinal supérieur ; à la suite du furoncle et de l'anthrax de la face, qui agissent sur le sinus caverneux ; à la suite d'un ulcère scrofuleux ou d'une lésion des régions mastoïdienne et pétreuse, qui altèrent les tissus latéraux.

La seconde est provoquée par des causes générales prédisposantes (augmentation relative ou absolue du chiffre de la fibrine dans les phlegmosies, les maladies chroniques, les cachexies, dans l'état puerpéral, dans l'albuminurie, chez les anémiques) et par des causes locales déterminantes (ralentissement de la circulation, soit par un obstacle placé sur le trajet d'une grosse veine, soit par l'affaiblissement des contractions cardiaques, ou le rétrécissement de la poitrine dans le rachitisme). Le sinus longitudinal supérieur est plus exposé que les autres sinus au ralentissement du sang dans son intérieur en raison de son éloignement de la poitrine, de la présence des corpuscules de Pacchioni quelquefois hypertrophiés, de l'existence de brides fibreuses sur son trajet et sur celui des veines cérébrales, de la direction de ces dernières, etc.

Lorsqu'un sinus vient à s'oblitérer, l'écoulement du sang peut se faire par les voies collatérales; aussi les veines du diploé et surtout celles du péricrâne se gorgent de sang au point de former des reliefs sous-cutanés, bleuâtres, très-appréciables à la vue; l'œdème survient surtout aux régions mastoïdienne, orbitaire et frontale; quelquefois même la pression sanguine est telle dans les vaisseaux que ceux-ci finissent par se rompre et déterminent une hémorrhagie, des épistaxis fréquentes. — Ces phénomènes qui se passent dans les tissus péricrâniens sous l'influence de la tension sanguine ont leur pendant dans les organes intra-crâniens; il y a de la congestion cérébrale, de l'infiltration des méninges, et de l'hydropisie ventriculaire; puis des hémorrhagies tantôt sous forme d'ecchymoses, tantôt sous forme de foyers circonscrits, tantôt enfin sous forme d'une couche étendue sous l'arachnoïde ou entre ses deux feuillets. Enfin, la substance cérébrale peut être frappée de ramollissement. La diversité des lésions secondaires des thromboses des sinus amène aussi la diversité des symptômes qui seront ceux : ou d'une congestion, d'une hémorrhagie, d'un ramollissement ou encore d'une compression du cerveau. Le symptôme le plus constant est une céphalalgie très-vive et persistante. HENRI HUCHARD.

Blosslegung und Dehnung der Rückenmarksnerven (Mise à nu et extension des nerfs rachidiens), par V. NUSSBAUM. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1872, *I*, 450-455.)

Chez une dame âgée de 38 ans et atteinte d'hémiplégie droite depuis l'âge de 4 ans, il survint tout à coup dans le bras paralysé des douleurs vives et accompagnées d'une sensation très-pénible de rétraction. Le docteur Gärtner, de Stuttgard, mit à nu les nerfs et les tirailla à l'aide de crochets mousses; la douleur disparut, et ne revint pas jusqu'à la mort, survenue 15 jours plus tard. H. CH.

Note sur les différentes variétés des doigts à ressort, par M. DUMAREST, ancien interne des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd.*, *n*° 25, *déc.* 1872, *p.* 518.)

L'auteur rappelle d'abord que M. Notta décrivit sous ce nom, dans les *Archives de médecine*, en 1850, une affection qui consiste en ce que l'extension de certains doigts s'arrête; puis, sous l'influence d'une contraction musculaire énergique, le mouvement d'extension recommence brusquement et se complète comme si un obstacle venait d'être franchi. Mêmes phénomènes dans la flexion.

Dans les cas de M. Notta, l'obstacle consistait en un épaississement du cul-de-sac de la synoviale des tendons fléchisseurs, qui se heurtait au ligament transverse formé par l'aponévrose palmaire au-devant des articulations métacarpo-phalangiennes. — Dans le premier cas rapporté dans la note actuelle, l'obstacle consistait en une nodosité adhérente au tendon fléchisseur de l'index, au niveau de la dernière articulation phalangienne; la cause était le rhumatisme. — La seconde observation est analogue aux cas de M. Notta, l'obstacle est un épaississement du cul-

de-sac de la synoviale derrière la bandelette transversale; la cause est encore le rhumatisme. Dans le dernier cas, la cause est un coup de canif qui a lésé la synoviale et le tendon fléchisseur de l'annulaire, au-dessous du pli métacarpo-phalangien. Pour l'auteur, l'arrêt est causé par une nodosité du tendon qui vient heurter une nodosité de la gaîne fibreuse. Le pronostic des cas où la lésion est due au rhumatisme est moins favorable que celui des autres. J. CAZALIS.

Bemerkungen über einige Eigenthümlichkeiten des Fiebers im Beginne phthisischer Zustände (Remarques sur quelques particularités de la fièvre au début de la phthisie), par BETTELHEIM. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1872, *p.* 466.)

L'auteur n'admet pas que la fièvre soit essentiellement constituée par l'élévation de la température organique. Il a observé, particulièrement au début de la phthisie, des accès dans lesquels il ne manquait que la chaleur morbide pour que tous les symptômes propres à l'état fébrile se trouvassent réunis. Il en conclut que, selon toute vraisemblance, la fièvre ne s'accompagne pas nécessairement d'une élévation de la température (?).

H. HALLOPEAU.

Family Thermometry; a manual of thermometry, etc., par E. SEGUIN. — *New-York*, 1873.

Cette brochure, dont le but est de vulgariser l'emploi du thermomètre dans les familles, contient la description d'un instrument destiné à prendre rapidement la température d'une surface donnée. Ce *thermomètre de surface*, usité en France, et qui peut rendre des services dans certains cas, ne diffère du thermomètre vulgaire que par la forme plane et discoïde de sa cuvette.

Contribution à l'étude de la thermométrie clinique, par SUTILS. (*Thèse inaug., Paris*, 1872, n° 463.)

Travail renfermant des courbes de température assez nombreuses, prises par l'auteur avec soin. — Nous avons remarqué des tracés de température comparée du rectum et de l'aisselle. On sait les objections que l'on a faites aux températures prises dans la cavité axillaire; à son tour, l'auteur montre bien que dans les cas où existe une diarrhée un peu forte, le rectum, interrogé par le thermomètre, donne des renseignements entachés d'erreur : on trouve alors dans l'aisselle une température supérieure de 1°4. J. B.

Observations de maladies du système nerveux.

Einseitige Encephalitis. Gleichseitige Hemiplegie mit Aphasie, intercurrente rechtsseitige Hemiplegie. Perforation und Entleerung des Hirnabscesses durch

die Schädeldecke nach Aussen. Heilung (Encéphalite du côté gauche. Hémiplégie concomitante avec aphasie, hémiplégie droite intercurrente. Perforation du crâne par un abcès du cerveau qui se vide à l'extérieur. Guérison), Dr SCHOLZ, méd. directeur de l'établissement des malades de Brême. (*Berlin klin. Wochenschrift,* 14 *octobre* 1872.)

Le malade est un robuste serrurier, âgé de 28 ans, qui avait joui d'une parfaite santé jusqu'au milieu de mars 1869; il ne présente pas trace d'hérédité morbide, lorsqu'on l'amène à l'hôpital le 9 avril. Depuis trois semaines environ il éprouve, sans cause appréciable, des vertiges, des douleurs sourdes s'étendant à tout le crâne, mais surtout une violente céphalalgie frontale et un profond abattement.

Puis bientôt survint une forte fièvre, accompagnée d'inappétence et de constipation, mais sans vomissements. Il y a quinze jours, on remarqua pour la première fois qu'il ne pouvait plus mouvoir le bras et la jambe gauches; bientôt après, il ne pouvait plus parler.

Voici l'état du malade au moment de son entrée à l'hôpital :

Il est immobile, les yeux fermés, le visage sans expression : 30 inspirations régulières par minutes; 92 pulsations, modérément pleines. Température 40°, 2. Quand on l'interpelle, le malade ouvre bien les yeux, mais retombe bientôt dans un état somnolent.

Chute incomplète de la paupière supérieure gauche; pupille correspondante dilatée et paresseuse. — Pas de paralysie des autres paires crâniennes, du facial en particulier. — Hémiplégie gauche avec intégrité de la sensibilité réflexe. Impossibilité de parler, qu'on ne peut mettre sur le compte de l'état soporeux, puisque le patient entend les appels et exécute tous les mouvements qu'on lui ordonne.

L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne révèle rien d'anormal : le cœur en particulier est sain.

Jusqu'au 19 avril, il y a peu de changements dans son état : la fièvre est toujours assez considérable, le soir rarement au-dessous de 40°, le matin variant de 38°, 5 à 39°, 5; la constipation persiste, tandis que la miction est normale; le malade garde le décubitus dorsal, et son état somnolent n'est interrompu qu'à de rares intervalles et très-fugitivement par des mouvements d'extensions tétaniques du corps, sans qu'il y ait, à proprement parler, de convulsions.

Le onzième jour de son entrée (20 avril), aux paralysies déjà existantes vient se joindre une hémiplégie droite, avec sensibilité réflexe plutôt exagérée que diminuée. Le mouvement fébrile restait toujours le même, mais l'insensibilité était plus marquée : après avoir duré une journée, cette hémiplégie droite disparut.

La fièvre diminua graduellement, en même temps que la conscience reparaissait un peu, jusqu'au 17e jour (26 avril) : ce ne fut qu'à partir de cette dernière époque que l'aphasie, jusque-là absolue, commença à disparaître assez rapidement pour qu'au bout de trois semaines il n'en restât plus de trace.

Le 30 avril, soit trois semaines après son admission, on remarque sur le côté gauche de la tête, à 9 cent. au-dessous de la suture sagittale et sur le trajet de la suture coronale, une tuméfaction grosse comme une noix, qui se transforme, le 5 mai, en une tumeur fluctuante, du volume d'un œuf de pigeon, qu'on incisa largement sur une longueur de 5 centimètres : il en sortit d'abord environ 20 grammes de pus louable, puis une grande quantité de pus verdâtre, mal lié, non fétide, mais mélangé de quelques flocons blancs. La sonde ne révéla ni décollement du périoste, ni dénudation, ni rugosités des os; en revanche, elle rencontra, au fond de la cavité de l'abcès, un peu

en avant et au-dessus de la plaie de l'incision, une fissure osseuse, longue d'un 1/2 cent., dirigée de haut en bas et si étroite qu'elle ne permet pas d'imprimer au stylet des mouvements de latéralité; cependant l'instrument pénètre facilement jusque sur la dure-mère et les pulsations du cerveau deviennent appréciables. En exerçant avec l'extrémité de la sonde une légère pression perpendiculaire à la dure-mère, qu'on sent un peu tendue et rénitente, on voit sourdre à l'extérieur, le long de l'instrument, du pus verdâtre.

En recourbant le stylet à angle droit, il n'est pas possible de découvrir des inégalités à la surface interne de l'os. Il est vrai qu'on n'a pas pu trouver la perforation de la dure-mère, mais d'une part les limites d'excursion de l'instrument étaient très-bornées, d'autre part, on redoutait à bon droit de poursuivre davantage les explorations. Néanmoins, on pouvait affirmer qu'on avait affaire ici à un véritable foyer encéphalique et non à une collection développée entre la dure-mère et la table osseuse.

A partir de l'ouverture de l'abcès, l'état du malade s'améliora très-rapidement d'heure en heure : l'hémiplégie retrocéda ; la plaie se cicatrisa bientôt, malgré la complication d'un pseudo-érysipèle, qui nécessita aussi une incision.

Au bout de quinze jours, la sonde ne pouvait déjà plus pénétrer à travers la fente de l'os. Ce fut la paralysie du moteur oculaire qui persista le plus longtemps :elle s'étendait non-seulement au releveur de la paupière et au sphincter de l'iris, mais encore au muscle droit supérieur. Cette dernière paralysie se décélait par un strabisme inférieur et une double image verticale. — A la sortie de l'hôpital, le 11 juillet, le malade avait encore une légère chute de la paupière supérieure ; pour le reste, il est parfaitement rétabli et jusqu'à ce jour il se livre sans difficulté à son pénible métier.

Réflexions de l'auteur. — Aucun doute ne peut exister quant à la nature même de l'affection : il s'agit évidemment d'un abcès du cerveau; son siége aussi est indubitablement dans le lobe antérieur gauche. Mais il est impossible de délimiter exactement le foyer; on peut dire seulement que l'existence de l'aphasie prouve que la troisième circonvolution gauche était intéressée, et que l'absence d'hémiplégie droite semble démontrer que la couche optique et le corps strié étaient restés indemnes.

L'étiologie reste complétement obscure.

Parmi les symptômes, un des plus surprenants et des plus difficiles à expliquer, eu égard au siége de l'abcès, est l'hémiplégie gauche, c'est-à-dire du même côté que la lésion. L'auteur, rejetant successivement les explications de Morgagni, de Schiff, etc., qui ne sont que des vues fort ingénieuses mais théoriques, se rallie à l'opinion de Niemeyer, qui a pour elle le contrôle de l'anatomie pathologique. (Thèse d'Ambrosi, 1867, Königsberg, Ueber gleichseitige Hemiplegie.) Dans cette dernière manière de voir, les lésions cérébrales situées du même côté que l'hémiplégie ne causent cette dernière qu'indirectement, en produisant dans l'hémisphère opposé un œdème collatéral et une anémie partielle qui sont eux la véritable cause de la paralysie observée.

L'explication de l'hémiplégie temporaire droite n'est pas aussi spécieuse, et nous ne la reproduirons pas, car l'auteur lui-même est hésitant.

Un phénomène des plus intéressants est l'existence de cette fissure osseuse qui a permis à l'abcès de s'évacuer au dehors. A la connaissance du docteur Scholz, il ne se trouve dans la littérature médicale

aucun autre fait analogue, sauf pourtant le cas de James Russell publié dans le *Medical Times and Gazette*, du 5 novembre 1870, où le diagnostic d'ailleurs ne put être établi qu'à l'autopsie.

Il s'agissait d'un homme chez lequel, deux jours après le début de symptômes cérébraux caractérisques, il se produisit du côté droit du crâne, vers sa partie antérieure, une collection purulente qu'on ouvrit deux jours plus tard. L'incision se cicatrisa rapidement et tous les symptômes disparurent à l'exception d'une douleur vive qui occupait en permanence la région de la protubérance occipitale et qui seule décida le malade à se faire admettre à l'hôpital, trente et un jours après l'ouverture de son abcès. Au moment de son entrée, il n'offrait plus d'autre symptôme que cette céphalalgie, ce qui n'empêcha pas que le lendemain soir il mourait subitement dans le coma. — A l'autopsie on constate, entre autres, une perforation de l'os frontal.

Un dernier phénomène sur lequel l'auteur appelle l'attention est cette légère amélioration des symptômes qui a précédé de quelques jours l'ouverture de l'abcès extérieur, et qu'on doit rapporter sûrement à la diminution de la compression encéphalique, dès le moment où le pus eut perforé l'enveloppe osseuse. J. BEX.

Caries des Keilbeins, Eiterseenkung durch die Fossa spheno-maxillaris. Perforation des sinus Cavernosus, Pyämie und Meningitis. Tödtliche Blutung aus dem Sinus Cavernosus (Carie du sphénoïde. Fusion du pus dans la fosse sphéno-maxillaire. Perforation du sinus caverneux. Pyohémie et Méningite. Hémorrhagie mortelle du sinus caverneux), par le Dr SCHOLZ. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 21 *oct.* 1872.)

Le malade est un jeune homme de 21 ans, de teint blême, fabricant de cigares. En apparence, au moins, il a toujours joui d'une bonne santé; il y a un an, cependant, il a fait une chute violente sur la tête, mais il a pu immédiatement se relever et cet accident ne semble avoir eu chez lui aucune conséquence mauvaise; seulement, depuis 6 mois, il s'est souvent plaint de douleurs à la nuque. — Quoique buveur, il n'a encore eu aucun accès délirant. Le 14 janvier 1872, il travaillait encore; mais la nuit suivante, il donnait les premières marques d'un trouble mental. Dans son délire, il prétendait se lever pour aller chercher de l'argent chez une personne de sa connaissance.

Dès le lendemain, 15 janvier, il est transféré à l'asile d'aliénés de Brême, avec le diagnostic « Delirium tremens. » — A l'hôpital, son excitation est d'ailleurs peu considérable, il essaye rarement de quitter son lit; où on le retient facilement : tremblement à peine sensible. Il a des hallucinations de la vue, mais sans caractères spécifiques, ce sont des visions de forme mal déterminée qui s'avancent vers lui, puis s'évanouissent dès qu'il veut les saisir. — Pouls petit, fréquent; température élevée. — Le lendemain matin, phlegmon de la tempe droite qui, continuant à s'étendre toujours davantage, finit par occuper toute la moitié droite de la face, depuis le front jusqu'à la partie supérieure de la région antérieure du cou et depuis le dos du nez jusqu'à l'oreille.

Malgré des incisions successives pratiquées au niveau de points fluctuants, tels que le bord externe de l'orbite, la tempe, la joue, le dessous du menton, l'énorme tuméfaction du visage diminua peu, bien que chaque fois il sortît une grande quantité de pus fétide. — Quelques jours plus tard, la suppuration se fit jour aussi dans la cavité buccale, derrière la dernière molaire supérieure du côté droit. Nulle part, on ne parvenait avec la sonde sur un os.

Déjà, à partir du troisième jour de son entrée, il était survenu chez ce

malade des frissons qui se répétaient parfois à plusieurs reprises dans la même journée. — Dans les six premiers jours, la température présentait un type intermittent, irrégulier, c'est-à-dire que tantôt, avec des températures normales matin et soir, coïncidait au milieu de la journée une exacerbation allant jusqu'à 40° et plus, tantôt, au contraire, la plus grande élévation avait lieu le matin et le soir, tandis qu'à midi il y avait retour à la normale ; à partir du septième jour, le type changea et devint rémittent : par instants, le maximum de température s'éleva encore davantage (jusqu'à 41°), il n'y eut plus de retours à la normale, mais seulement des rémissions (jusqu'à 38°, 4). — Le pouls resta petit et fréquent.

Conscience obtuse ; dépérissement rapide, accéléré par une diarrhée à peu près incoercible. — Le 25 janvier au soir, dix jours après l'entrée, convulsions des extrémités et coma absolu ; le lendemain matin, paralysie du releveur de la paupière supérieure gauche.

Le malade resta sans connaissance jusque dans la soirée du 27 janvier, où il mourut au milieu de signes de suffocation causée par une hémorrhagie subite et profuse, se faisant à la fois par la bouche et le nez.

Autopsie. — Adhérences de la dure-mère au crâne qui est mince ; — au-dessous de la pie-mère, sur la convexité comme à la base, exsudat séreux ; — à la face inférieure du lobe moyen droit, exsudat de pus concret, ayant 3 centimètres de long et autant de large, sur 2 millimètres d'épaisseur ; substance cérébrale ramollie, anémiée ; peu de liquide dans les ventricules latéraux ; coloration jaunâtre de l'épendyme à la surface de la couche optique du côté droit ; extravasats sanguins punctiformes dans le 4e ventricule.

Après avoir détaché la dure-mère de la base du crâne, on trouve le corps du sphénoïde carié ; cet os enlevé, on voit sa face inférieure et la moitié droite de sa face supérieure rugueuses et privées de leur périoste. Les lésions s'étendent aussi à la paroi inférieure du sinus caverneux qui est détruite par places et présente des traces d'inflammation, de telle sorte que le sinus caverneux communique directement avec la cavité centrale du sphénoïde. Le sinus caverneux est rempli de pus et sa face interne est injectée et tuméfiée. On trouve aussi du pus dans le sinus pétreux ; les autres sinus et la veine ophthalmique sont normaux. Du corps du sphénoïde, la carie a gagné la partie supérieure de l'apophyse ptérygoïde droite qui est rugueuse et dénudée à sa face postérieure ; le muscle ptérygoïdien externe est ramolli et décoloré. Dans toute la moitié droite de la face, au-dessus comme au-dessous de l'apophyse zygomatique, le tissu cellulaire est imbibé de sérosité et de pus : des fusées purulentes atteignent la cavité du larynx. Le frontal, sur une petite étendue, est aussi inégal et érodé. — Les fosses nasales et la bouche contiennent une grande quantité de sang fortement coagulé, et sur la face inférieure raboteuse du sphénoïde on voit aussi de nombreux petits caillots qu'on ne peut enlever par lavage. Ces caillots se continuent en arrière dans le larynx, la trachée, les poumons dont ils remplissent les alvéoles, après avoir suivi les plus fines ramifications bronchiques.

Pannicule adipeux très-abondant, surcharge graisseuse du cœur très-considérable, foie gras. J. BEX.

Entwicklung eines Gehirntumors nach einem Faustschlage auf dem Kopf (Tumeur cérébrale développée consécutivement à un coup de poing sur la tête), Dr MOLL. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 21 *octobre* 1872.)

Il s'agit d'un jeune employé des postes, de constitution débile, de teint blême et d'apparence maladive. Étant au collége, il avait reçu d'un de ses camarades avec lequel il se querellait, un coup de poing sur la tête. Depuis

cet accident, il ressentait pendant un jour ou deux de violentes douleurs de tête qui disparaissaient ensuite pour reparaître au bout d'un intervalle variable de une à quatre semaines. Ces douleurs étaient toujours au maximum à l'endroit où il avait reçu le coup de poing, et elles étaient pour l'ordinaire si fortes que ce jeune homme devait suspendre ses occupations pendant leur durée. Dans leurs intervalles, la santé était parfaite, et l'activité intellectuelle si intacte que le malade était en état, après avoir rempli ses obligations professionnelles, de se livrer sans obstacle, jusque assez tard dans la nuit, à des études astreignantes et nécessaires pour passer un examen.

Quelques années après le coup de poing et six semaines avant sa mort, les douleurs de tête redoublèrent de violence et de durée, elles ne cessèrent plus guère que pendant une demi-journée ou un jour au plus, si bien que le malade dut renoncer complétement à sa profession. Dans les deux dernières semaines, ces douleurs devinrent permanentes, présentant seulement de loin en loin une légère rémission pendant un petit nombre d'heures seulement. Dans les derniers jours de sa vie, le malade était plongé dans un assoupissement que des interpellations pressantes et réitérées ne parvenaient à interrompre que pendant quelques minutes. La paupière supérieure gauche et le bras correspondant étaient paralysés, le visage blême et affaissé ; pupilles dilatées, réagissant paresseusement à la lumière. En dépit du sopor, la sensibilité n'était pas complétement éteinte, et très-souvent le malade exprimait de violentes douleurs, soit par des gémissements, soit par des contorsions pénibles des muscles de la face, soit enfin en portant automatiquement sa main droite à la tête. Finalement les selles et la miction devinrent involontaires ; le pouls extrêmement fréquent et petit, à peine sensible; toute trace de sensibilité disparut, et, à la fin de la sixième semaine de séjour au lit, la mort survint au milieu des symptômes particuliers à la paralysie du cerveau par compression. Eu égard aux circonstances rappelées ci-dessus, on ne pouvait douter que la mort ne fût due à la formation d'une dégénérescence considérable dans la cavité crânienne.

L'*autopsie* confirma pleinement cette manière de voir : Minceur extrême des os du crâne. Sur la pie-mère, au-dessous de la bosse pariétale droite, au lieu correspondant à la tumeur décrite ci-dessous, et précisément dans l'endroit sur lequel avait porté le coup de poing (et qui avait été dès l'origine le siége des plus violentes douleurs), se trouvait un exsudat de coloration jaunâtre, de forme arrondie, nettement délimité et formé par de la fibrine et du pus concret. Toute la surface des hémisphères cérebraux était déprimée, les circonvolutions aplaties et étalées ; les vaisseaux de la pie-mère, en particulier ceux des circonvolutions du cerveau et des sillons cérébelleux, gorgés de sang noirâtre ; sur toutes les coupes du cerveau et du cervelet, se montraient en quantité anormale de petits points sanguins rouges ; outre cette hyperémie très-marquée, il y avait aussi un œdème de toute la masse encéphalique, accusé par un suintement très-abondant de sérosité sur les coupes, par l'accumulation d'un sérum rougeâtre dans les fosses crâniennes, et par une dilatation considérable des ventricules latéraux. Plexus choroïdes remplis de sang foncé. Enfin, dans l'hémisphère cérébral droit, au sein de la substance médullaire, entre le ventricule latéral et la couche corticale, se trouve une tumeur assez dure, à limites bien distinctes, à forme arrondie, à surface un peu bosselée et ayant le volume d'une pomme de moyenne grosseur. Sur un des côtés de cette tumeur, et lui constituant un appendice, se remarquait un kyste gros comme une noix, à parois épaisses, et renfermant un liquide albumineux jaunâtre ; ramollissement jaune, d'une épaisseur de quelques lignes, dans la substance blanche voisine de la tumeur.

J. BEX.

Tuberculose généralisée; hémiplégie droite limitée à la face et au membre supérieur, survenue progressivement; méningite tuberculeuse; foyer d'apoplexie capillaire au niveau de quelques circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche, par M. TROISIER. (*Bulletin de la Soc. anat., XLVII*e, *année* (1872), 2e *série, tome XVII, page* 262.)

A l'entrée du malade, âgé de 45 ans, on constate l'existence d'une phthisie pulmonaire avancée et d'une péritonite chronique. Quinze jours environ après son entrée le délire survient, et l'on remarque quatre jours après l'existence d'une paralysie complète des extenseurs de la main, des radiaux, du long supinateur du côté droit. Cette paralysie, accompagnée d'une diminution dans la sensibilité de la face postérieure de l'avant-bras, est survenue lentement. Un jour avant sa mort, qui survient 20 jours après son entrée à l'hôpital, on observe une paralysie des muscles du côté droit de la face, à l'exception de l'orbiculaire des paupières, une paralysie complète de tout le côté droit de la face.

A l'autopsie, on trouve des granulations dans les poumons et les plèvres, sur l'intestin; des îlots de néphrite caséeuse; des granulations sur les méninges, sur la face convexe de l'hémisphère gauche, immédiatement en arrière de la troisième circonvolution frontale; petits foyers d'apoplexie capillaire dans diverses parties de l'hémisphère gauche; un léger ramollissement de la substance grise des circonvolutions qui adhèrent aux méninges enflammées; un léger épaississement des branches terminales des artères de la base; des productions néoplasiques comprimant les veinules et ayant amené la production des foyers disséminés d'apoplexie capillaire. HENRI HUCHARD.

Meningo-encéphalite tuberculeuse; Rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion chez une jeune fille scrofuleuse, par M. CHOUPPE. (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris, XLVI*e *année, tome XVI, page* 380.)

Cette observation présente, comme détails intéressants : 1° l'absence absolue de manifestation tuberculeuse dans tout autre organe; 2° la coïncidence d'un carreau guéri; 3° la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, sans attaque apoplectique, sans paralysie, sans contraction, symptôme qui n'a pas été noté dans la méningite tuberculeuse. Dans un cas, cependant, M. Liouville (Soc. anat., mai 1869) a observé la rotation de la tête *du côté opposé* à la lésion, sans déviation conjuguée. H. H.

Abscess of the Brain; Ulcerative Endocarditis; Capillary Embolism of Kidneys and spleen; Cerebral Hemorrhage; Autopsy, prof. F.-G. SMITH. Présenté à la Société pathologique de Philadelphie, le 24 mars 1870, par le Dr Pepper. (*Procedings of the pathol. Soc. of Philadelphia, vol. III,* 1871, *p.* 165.)

Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui se heurta violemment le front. Après quelques phénomènes de commotion, la santé se rétablit. On n'observa

que de fréquentes congestions de la tête et de la face. — C'est seulement après quatre mois que se montrèrent des phénomènes aigus qui, en une semaine, amenèrent la mort. C. P.

Cysts in cerebellum, par le Dr LOCKART-CLARKE, clinical Society. (*Lancet*, 25 *janvier* 1873.)

Homme de 47 ans, marin, qui reçut un coup, il y a 30 ans, derrière la tête. Au commencement de 1869, il eut de violentes céphalalgies et du délire. Cette céphalalgie était occipitale, elle se faisait sentir chaque matin et durait environ une heure. L'état général était assez mauvais. Au bout d'un mois ces douleurs devenaient excessives et le malade perdit la vue. La moelle aussi était lésée, car la démarche du malade était difficile ; il eut en même temps de la dysphagie et des vomissements. Les facultés intellectuelles étaient intactes.

Autopsie. — Congestion des méninges, hydropisie ventriculaire. En arrière du lobe gauche du cervelet on trouva un caillot de sang ; au-dessous de ce caillot et à la surface de l'organe on rencontre 2 kystes de grandeur inégale, l'un comme une noix, et l'autre comme une amande, remplis d'une substance glaireuse. La mère du malade était morte de paralysie ; à son autopsie on trouva des artères athéromateuses et de petits kystes de chaque côté du cerveau. La protubérance était atrophiée. Une de ses sœurs était atteinte de paralysis agitans, présentant une main en griffe, mais sans atrophie.

A. G.

Note sur un cas de tumeurs lipomateuses de l'encéphale, par M. H. CHOUPPE. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n*° 2.)

Ce cas diffère de ceux de MM. Virchow, Parrot, Cornil et Ranvier par cette particuliarité qu'il existait plusieurs tumeurs graisseuses développées dans le même encéphale.

Observation. — L..., âgée de 45 ans, entre, en août 1872, dans le service de M. Vulpian, à la Pitié. Il y a vingt ans, elle a eu une attaque apoplectique qui laissa après elle une hémiplégie du côté droit, actuellement incomplète et sans contracture. Depuis plusieurs années, céphalalgie occipitale persistante, avec exacerbations s'accompagnant, soit de vomissements, soit de palpitations et d'étourdissements, avec ou sans perte de connaissance. L'intelligence et la mémoire sont fort diminuées.

En septembre, la malade s'affaiblit, la céphalalgie devient persistante, mais sans vomissements. La malade accuse des douleurs dans les membres inférieurs, et gâte. En octobre, il se produit de la rétention d'urine. On constate de l'hématurie le 8 octobre. Le 9 il y a du coma, et le 10 la mort survient.

Voici les détails les plus intéressants de l'autopsie : Près du bulbe olfactif droit on trouve un flot graisseux, allongé dans le sens du nerf olfactif, ayant 1 centimètre et demi de long sur 1 centimètre de large. Il est situé entre le nerf encore visible à sa surface et la scissure interlobaire.

Sur la face supérieure du corps calleux, l'on voit de chaque côté de la ligne médiane une tumeur d'apparence graisseuse. Celle de droite est beaucoup plus allongée que celle de gauche. La première a 3 centimètres et demi d'avant en arrière sur 1 centimètre de large ; la seconde, aussi

large, n'a qu'un centimètre de long. La circonvolution du corps calleux est refoulée, mais non détruite. Le corps calleux est sain.

Ces tumeurs sont constituées par un stroma conjonctif peu abondant et de la graisse sous forme de grandes cellules et de granulations.

La couche optique gauche présente une lacune ayant 1 centimètre carré de surface.

La moelle présente, aux régions dorsale et lombaire, une méningite chronique limitée à la région postérieure avec propagation peu profonde au tissu de la névroglie.

Nous pensons, comme l'auteur, que la complexité qui résultait de l'existence d'un petit foyer dans la couche optique gauche, de l'existence de trois lipômes et enfin de l'existence d'une méningo-myélite rendait impossible le diagnostic. A. JOFFROY.

Hydatid cyst in the meninges of the brain, par M. SAWYER, Queen's hospital. (*Lancet*, 8 *février* 1873.)

Homme de 29 ans, admis en septembre 1872. Il souffre depuis deux mois et demi de céphalalgie violente derrière la tête avec irradiation vers la nuque, qui l'empêche de travailler. Il a des bourdonnements d'oreilles et vomit souvent, brusquement et sans cause apparente. La démarche est chancelante, la figure hébétée et la mémoire très-diminuée, la parole embarrassée comme dans le cas de paralysie générale. On ne constate point de paralysie nerveuse. Les pupilles sont égales et fonctionnent normalement. Les papilles sont hyperémiées. Les douleurs augmentant d'intensité empêchent le malade de sommeiller. Le 5 octobre, la maladie prend une tournure plus grave, la céphalalgie devient excessive, les vomissements très-fréquents, la respiration s'embarrasse, la sensibilité disparaît, les pupilles se dilatent et le malade urine et va à la selle sous lui. Le 12 il meurt dans le coma.

Autopsie.—Les sillons qui séparent les circonvolutions cérébrales sont infiltrés d'un liquide opalin. A la base, l'espace compris entre les nerfs optiques en avant, la protubérance en arrière, les lobes moyens de chaque côté, est comblé par un kyste proéminent à parois minces et opalines. La troisième paire nerveuse droite est aplatie et étalée dans une assez grande largeur, la gauche est aussi aplatie, mais d'une manière moins considérable. Le chiasma des nerfs optiques est refoulé par la paroi antérieure du kyste. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité, le kyste proémine dans le troisième ventricule dont il paraît former le fond. La tumeur est unique et paraît s'être développée dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur. On trouve des hydatides dans le foie et les reins. A. G.

Essai sur les tumeurs du cervelet, par le Dr Gustave SIEFFERT. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1873.)

L'auteur, ayant eu l'occasion d'observer deux cas de tumeurs du cervelet dans le service du professeur Perrin, au Val-de-Grâce, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Il réunit en quatre groupes principaux les néoplasmes que l'on peut rencontrer dans le cervelet :

1° Tumeurs *vasculaires* (angiomes, — anévrysmes);

2° Tumeurs *parasitaires* (cysticerques, — échinocoques) ;

3° Tumeurs *diathésiques* ou *constitutionnelles* (cancer, — tubercules, — syphilomes) ;

4° Tumeurs *accidentelles*, à étiologie complétement inconnue (sarcomes, — tumeurs à myélocytes, — kystes, — myxomes, — lipomes).

Mais avant d'entrer dans l'étude de chacun de ces groupes, il rapporte neuf observations, dont deux inédites, et sept autres empruntées à différents auteurs (Andral, Leven et Ollivier, Leudet, Laborde). — Nous résumerons ici les deux premières, recueillies par le Dr Belleau.

Observation I. — *Tubercule du cervelet.* — Masset Pierre, 27 ans, entré le 11 novembre 1871, malade depuis deux mois et demi. — Dans son jeune âge, il a toujours été bien portant. — Pas d'antécédents héréditaires. — Étant prisonnier en Prusse, il ressentit pour la première fois de très-grands maux de tête, venant surtout vers la fin des nuits, par accès de dix minutes à un quart d'heure, avec élancements à l'occiput et surtout en avant du crâne, au-dessus des yeux et au niveau de la racine du nez. — Troubles visuels. — État général assez misérable par suite de son séjour en Allemagne. Vers le 7 juin, la céphalée revint subitement. Cette douleur pulsative et occipitale s'accrut progressivement. Le malade maigrit un peu, quoique son appétit fût conservé. — Il entra le 11 novembre au Val-de-Grâce dans le service de M. Godelier, où il resta près de deux mois.

Examiné à l'ophthalmoscope pour la première fois le 28 novembre, il présenta une dilatation de la pupille et, sur l'œil droit, une petite tumeur blanc nacré dans la choroïde. On pensa alors à un tubercule de cette membrane. Cette hypothèse était d'autant plus plausible que, depuis son entrée, le malade était dans un profond état d'affaiblissement, de pâleur et d'inappétence. Cependant sa poitrine ne présentait rien à l'auscultation ni à la percussion.

Traitement. — Vésicatoire à la nuque. Injection de chlorhydrate de morphine, vin de quinquina, potion opiacée, pilules d'iodure de fer.

Le 3 février, la céphalalgie s'était notablement apaisée et les douleurs n'étaient guère plus sensibles qu'au réveil.

15 février. — Examen ophtalmoscopique : pupille un peu moins nette que d'habitude, légère infiltration du tissu rétinien. La tumeur a le tiers du volume de la pupille, et est à une distance de deux à trois millimètres en dedans d'elle et un peu au-dessus; elle confine à la tache jaune, est d'un jaune brillant et a un point central extrêmement lumineux. Un vaisseau la borde en haut (image renversée) ; on constate un peu de choroïdite exsudative surtout auprès de la tache jaune ; le fond de l'œil est un peu trouble. Malgré cela, l'acuité visuelle de l'œil droit est réduite au quart ; pour l'œil gauche elle est un peu plus forte.

23 février. — Depuis trois jours, violents accès de céphalalgie frontale et occipitale. — Peau chaude, pouls fréquent. — Langue humide. — Selles normales. — Amélioration relative. — Dans la soirée du même jour, il est pris d'une violente douleur de tête, sa face devient pâle et se couvre de sueur. — L'hyperesthésie générale est telle qu'il ne veut à aucun prix qu'on le touche. — Connaissance conservée, pas de convulsions ni de vomissements, à deux ou trois reprises il a des tremblements. — Le malade sent ses dents se serrer, ses membres se roidir, enfin il perd la parole et meurt cinq minutes après, vers six heures.

A l'autopsie on découvre, au centre du lobe droit du cervelet incisé, un tubercule de couleur vert jaunâtre et gris à la périphérie. Cette tumeur, grosse comme une noisette, est allongée et occupe la partie postérieure

et inférieure du lobe droit. — Elle est formée de deux noyaux et pèse 15 grammes.

A l'incision des globes oculaires, on voit sept ou huit foyers hémorrhagiques gros comme des têtes d'épingle dans la région de la papille et cinq ou six autres sur la tache jaune et dans ses environs.

Dans l'œil droit, au contraire, il n'existe qu'un seul foyer hémorrhagique vis-à-vis la papille. Dans tous les deux, la papille est très-nette.

Ces foyers ne paraissent avoir été produits qu'au moment de l'agonie, car deux ou trois jours auparavant on ne les avait pas constatés à l'aide de l'ophthalmoscope.

En soulevant la rétine du côté droit, le tubercule choroïdien se présentait sous forme d'un petit point jaunâtre, qui était à peu près sous la macula et qu'on voyait si bien dans cette région à cause de sa transparence plus spéciale.

Observation II, recueillie par le docteur Belleau dans le service de M. Perrin, au Val-de Grâce. — *Tumeur cancéreuse du cervelet.* — J. S..., âgé de 22 ans, soldat au 40e de ligne, est entré au Val-de-Grâce, le 30 janvier, pour une hémiplégie incomplète du côté droit, accompagnée d'affaiblissement considérable de la vue dans les deux yeux et de douleurs violentes à la nuque. Il n'a jamais eu de maladies antérieures, sauf quelques légères bronchites. — Sa mère est morte phthisique vingt mois après ses couches.

Le 23 août 1871, étant de garde à la Monnaie, il a été pris subitement d'une céphalalgie violente et de grandes douleurs de reins, qui l'ont forcé de se faire aussitôt relever de son service.

Il se rétablit bientôt et ne présenta, pendant deux mois, rien de particulier que des maux de tête, assez violents parfois pour l'empêcher de dormir. Au bout de deux mois, une paralysie de tout le côté droit se manifeste peu à peu, graduellement et sans attaques. — Cette hémiplégie est incomplète et permettait encore au malade d'exécuter quelques mouvements. La parole était confuse et embarrassée, les traits de la face déviés, la sensibilité de toute la moitié droite du corps extrêmement obtuse. La vision restait nette. — Pas de fièvre, ni de troubles dans la miction et dans la défécation.

30 janvier. — A l'examen ophthalmoscopique, l'image est confuse et d'un rouge sale; les vaisseaux variqueux, interrompus, devenant petits au voisinage de la papille; celle-ci n'est plus qu'une large surface pâle, à bords mal limités et à peine reconnaissables. — Dans l'œil droit en particulier, on la devine par l'émergence d'un paquet de vaisseaux obscurs et comme noyés au milieu d'exsudats et de produits du tissu conjonctif.

Le malade ne voit plus qu'à très-courte distance et la lecture des livres ou des affiches lui est devenue absolument impossible.

La marche est assez difficile; le malade, quand il va vers un point, dévie toujours à droite, même quand on le soutient, et il en a conscience. Sa céphalée persiste mais semble moins violente. La parole est encore un peu embarrassée.

19 février. — État demi-comateux qui disparaît le lendemain.

21 février. — Faiblesse croissante, difficulté plus grande dans la marche. Les érections, de plus en plus rares depuis sa maladie, ne sont point encore tout à fait abolies.

27 février. — Accès épileptiforme de cinq à six minutes de durée avec mouvements convulsifs des membres, des muscles de la face et trismus. Le malade n'a jamais eu ni vomissements, ni vertiges, mais il présente depuis deux mois des tremblements, surtout marqués le matin à son réveil. La main droite serre moins fortement que la gauche, elle est aussi moins sensible aux pincements.

29 février. — Tremblement, fièvre, parole plus lente, plus embarrassée,

langue déviée à gauche, intelligence intacte, faiblesse extrême dans tout le côté droit, douleur occipitale intense.

19 mars. — Après un état à peu à près stationnaire qui persiste depuis trois semaines, le malade est pris d'une douleur occipitale tellement vive qu'elle lui arrache des cris. Après un quart d'heure de souffrances cruelles, il s'endort d'un profond sommeil. Une heure après, l'accès de douleur se reproduit sans contractures ni trouble intellectuel.

Mais la dépression est plus grande, car il est resté couché sur son lit poussant des plaintes sourdes et continues. Il meurt ainsi à dix heures du matin. *L'examen ophthalmoscopique* fait à une heure et demie montre les deux rétines comme couvertes d'un voile blanchâtre. Dans l'œil droit, on aperçoit deux points hémorrhagiques au-dessous de la papille (image renversée). Ces points sont entourés d'une auréole blanche. Les vaisseaux forment autour de la surface de la papille une couche uniformément rouge et confuse. Dans l'œil gauche, même aspect, à part un grand trouble de l'image ophthalmoscopique; pas d'hémorrhagies.

Autopsie. — Sur la partie latérale du lobe droit du cervelet, entre ce lobe et le lobe postérieur du cerveau, on trouve une tumeur mamelonnée, grosse comme un œuf de poule, ayant un sillon médian transversal qui la divise en deux lobes, dont l'un postérieur, plus grand, et l'autre antérieur, partagé en trois ou quatre petits mamelons. Cette tumeur d'un blanc jaunâtre, de consistance encéphaloïde, est le siége d'une injection fine; elle occupe une partie du lobe droit du cervelet qui est refoulé en arrière et en dedans.

Il est regrettable que l'examen microscopique de cette tumeur n'ait pas été fait, car, jusqu'à plus ample informé, l'auteur ne nous semble pas autorisé à considérer cette production comme cancéreuse, et nous nous étonnons qu'il n'ait pas apporté plus de soin, ou tout au moins plus de réserve dans son diagnostic anatomique. — Nous espérions trouver cette lacune comblée dans le second chapitre, consacré à l'anatomie pathologique. Hélas! il n'en est rien. L'auteur, en effet, se borne à résumer très-sommairement, trop succinctement peut-être, les opinions de Virchow, de Lebert et de MM. Cornil et Ranvier. — La partie clinique, en revanche, est traitée avec plus de détails, mais ne renferme qu'un très-petit nombre de données nouvelles. Nous ne parlerons pas des troubles de la motilité, de la parole, pas plus que de la céphalalgie et des vomissements, pour signaler plus particulièrement les troubles de la vue, sur lesquels l'auteur a insisté avec raison, et qu'il a notés soigneusement dans les deux observations qui précèdent.

Le quatrième chapitre, ayant trait au diagnostic, laisse beaucoup à désirer. Nous n'en prenons d'autre exemple que le paragraphe consacré au diagnostic du cancer cérébelleux. « Le cancer, dit M. Sieffert, se déduira de l'amaigrissement rapide de l'individu, de sa coloration jaune paille caractéristique, des coagulations veineuses spontanées et surtout de la présence de productions cancéreuses sur d'autres parties du corps. » Or, que l'on compare ces prétendus signes différentiels avec les phénomènes consignés dans l'observation II, et il sera facile de se convaincre qu'aucun des premiers ne s'y trouve indiqué; aucun d'eux même n'existait. Que doit-on en conclure? Ou bien que ces signes sont insuffisants pour établir le diagnostic, ou que l'observation précédente n'avait pas trait à un cancer du cervelet. — Ces deux conclusions sont également admissibles, et d'ailleurs ne s'excluent pas l'une l'autre.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Tumeur cérébelleuse ; mort subite, par M. G. PELTIER. (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris, XLVIe année, 2e série, tome XVI, page 866.*)

La malade, âgée de 37 ans, n'ayant point d'antécédents syphilitiques, et qui avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au début des accidents, il y a dix-huit mois environ, a été prise à ce moment de violentes douleurs dans la tête, du côté gauche en arrière, apparaissant surtout le soir et la nuit. A plusieurs reprises l'administration d'iodure de potassium réussit à calmer ces douleurs. Quelque temps après son entrée à l'hôpital elle fut prise, vers six heures du soir, d'un accès subit de douleur, elle se leva toute droite sur son lit, et, poussant un cri, elle retomba morte. Elle avait eu pendant la vie quelques vomissements, mais elle n'avait présenté ni accidents épileptiformes, ni vertiges, ni tendance au mouvement de recul, ni troubles du côté du facial.

A l'autopsie, on trouva une tumeur grosse comme une petite noix, oblongue, à grand axe transversal, située dans la partie postérieure et interne de la grande circonférence de l'hémisphère gauche du cervelet, et s'étendant par une de ses extrémités jusque dans le lobe médian et le vermis inferior. Autour d'elle se trouve une couche très-mince où le tissu nerveux est ramolli. Par sa face inférieure elle fait saillie dans le 4e ventricule, comprime le corps restiforme gauche qui est déformé. Son examen histologique, fait par M. Coyne, démontre qu'elle renferme tous les éléments des gommes.

HENRI HUCHARD.

Tumor affecting Nerves of Seventh pair and Cerebellum upon left Side (Tumeur affectant le nerf auditif et le cervelet), par B.-T. EDES. (*The Boston med. and surg. Journal, January*, 1873.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation a pu être suivi dès le début des accidents jusqu'à la mort.

Jusqu'en 1865, il n'avait jamais été malade et avait seulement, un an auparavant, reçu quelques contusions à la tête dans un accident de chemin de fer. — Dans l'automne de 1865, âgé de 44 ans, il remarqua pour la première fois quelques douleurs orbitaires et un peu de fatigue oculaire. — Au mois de février 1866, la vue commença à diminuer, et, au mois de mars, il consulta le Dr Derby qui put constater par l'examen ophthalmoscopique les lésions suivantes : papille (côté droit) masquée par un nuage gris blanchâtre, signalée seulement par le point d'émergence des vaisseaux ; ceux-ci augmentés de volume et perdus eux-mêmes en partie dans l'exsudat; hémorrhagies nombreuses sur la rétine. — Le malade accusait en même temps (depuis 6 mois) une céphalalgie intense et depuis quelques semaines un affaiblissement de l'ouïe.

Le diagnostic porté fut : affection cérébrale, probablement tumeur comprimant les vaisseaux.

Au mois de juillet, sur les deux yeux, lésions semblables à celles signalées plus haut. — Céphalalgie avec exacerbation survenant tous les jours ou tous les deux jours, et surtout dans les régions frontale et occipitale.

A l'automne, la vision avait presque entièrement disparu. Dans l'hiver de 1866-1867, Brown-Séquard constata un certain degré d'anesthésie et de paralysie du mouvement du côté gauche, et fut ainsi amené à diagnostiquer une lésion du pont de Varole (congestion avec exsudation?). Il prescrivit de l'iodure de potassium qui resta sans effet.

Au mois de mars 1867, l'ouïe était presque entièrement perdue, la vision était complétement abolie ; il n'y avait, du reste, point d'autres troubles

fonctionnels. Au mois de septembre survinrent quelques attaques de faiblesse sans perte de connaissance : on put alors constater une paralysie très-marquée du côté gauche de la face; les membres de ce côté étaient aussi notablement plus faibles que ceux du côté opposé. — En novembre, le malade peut à peine quitter le lit: quelques troubles psychiques; quelques attaques mal définies, paraissant consister dans une perte subite de la motilité, sans perte de connaissance.

L'année suivante (novembre 1868), après quelques alternatives, il paraît y avoir une amélioration de l'état général et de la paralysie.

Au mois d'avril 1869, paralysie complète du côté gauche de la face; sensibilité normale; diminution des autres symptômes.

Les années suivantes, l'état général s'améliore, le malade se promène, guérit d'une péricardite et d'une pleurésie intercurrentes (mai 1872), puis, le 6 juin 1872, il meurt subitement après avoir eu quelques mouvements dans les bras, sans convulsions.

Autopsie. — Opacité légère de l'arachnoïde, principalement sur le trajet des vaisseaux. — Adhérence intime aux lames ethmoïdales, des méninges et de la substance cérébrale elle-même qui ne peut être détachée sans quelques déchirures. — Apparence grisâtre translucide des nerfs optiques jusqu'aux corps genouillés, puis au delà de ces corps genouillés. — Peu de liquide dans les ventricules. En enlevant le cervelet, dont le lobe gauche était notablement plus volumineux que le droit, on trouva vers le centre et le sommet de la portion pierreuse du temporal (côté gauche) une petite tumeur ayant un diamètre de 3/4 de pouce, et derrière celle-ci quelques petits kystes; la partie antérieure du lobe cérébelleux était ramollie et présentait une cavité mal limitée. — La face interne du rocher était comprise dans la tumeur et érodée, et, dans le voisinage de la carotide et du conduit auditif interne, les cavités osseuses étaient remplies de masses caséeuses. — Le nerf facial, devenu transparent, passait à la surface de la tumeur, en partie confondu avec elle. — Le nerf auditif ne put d'abord être retrouvé, mais à la fin on pensa qu'il était représenté par une bande extrêmement translucide, située à la partie inférieure de la tumeur à 1/2 pouce du facial. — Le glosso-pharyngien et le pneumogastrique avaient été enlevés pendant la préparation. — Quant aux autres nerfs, ils avaient à l'œil nu les caractères de l'état normal.

Au *microscope*, la tumeur restée adhérente à l'os parut être un sarcome cellulo-nucléaire, passant en quelques points à l'état de fibrome, et présentant par places une dégénérescence graisseuse. — Les parois ramollies de la cavité du cervelet étaient formées de vaisseaux et d'éléments nerveux ayant subi la dégénérescence graisseuse. — Le nerf auditif du côté gauche était aussi graisseux. — Sur des coupes de la moelle allongée, faites au-dessous (et non pas au niveau) des noyaux des nerfs auditifs, on ne constata rien d'anormal.

Les lésions de la rétine et du nerf optique, longuement décrites, consistaient principalement dans une prolifération conjonctive et une atrophie des éléments nerveux. — Les parois des vaisseaux étaient notablement épaissies.

La perte des fonctions du facial et de l'auditif du côté gauche est suffisamment expliquée par l'altération profonde qu'avaient subie ces nerfs. — Mais pour l'amaurose, la surdité du côté droit, l'hémiplégie observée du côté de la lésion, l'auteur discute les conditions de production de ces symptômes, sans arriver à aucune notion bien précise.

A. SEVESTRE.

Case of large sarcomatous tumour of the brain, in a boy (Cas de tumeur sarcomateuse considérable du cerveau chez un enfant), par E. SMITH. (*Lancet*, 11 *janvier* 1873.)

Enfant âgé de 5 ans et demi, admis le 16 novembre dernier. Depuis l'âge de 2 ans, il est atteint de strabisme convergent de l'œil gauche. Toutefois la vue est bonne et l'état général excellent. Un peu avant le mois de juin il fit une chute sur la tête, et quelque temps après il commença à se plaindre de violentes céphalalgies; en même temps les membres s'affaiblirent. Les bras tremblaient quand il saisissait un objet et la démarche devenait pénible.

Depuis quelque temps il y a une paraplégie complète et des vomissements commencent à se montrer, la nuit surtout. Plus tard la vue se perd entièrement. Les autres sens sont intacts; enfin il existe au moment de l'entrée une incontinence urinaire et fécale presque complète.

Etat actuel. — Dans le lit, les muscles des membres paraissent sains; on constate un tremblement considérable des membres supérieurs, quand le petit malade veut prendre un objet. Les membres inférieurs sont paralysés, et si on soutient l'enfant pour le faire tenir debout, il se produit dans les membres un tremblement et un spasme analogues à ceux que l'on constate aux membres supérieurs. La face n'est pas paralysée. La cécité est complète, et les pupilles dilatées et immobiles. A l'ophthalmoscope, on constate l'existence d'une névrite optique. L'enfant est intelligent et doux. La température dans le rectum est de 102° Fahr. Le pouls a 138 pulsations. La température a une tendance à être plus élevée la nuit que le jour, elle persiste au même degré jusqu'au 28 novembre où elle s'élève à 104 et le pouls à 148; alors l'état de l enfant s'aggrave et il ne répond plus aux questions qu'on lui fait. Il y a de la contracture des membres supérieurs et inférieurs, de l'opisthotonos, de la dysphagie et de la dyspnée. La température s'élève à 108°, le pouls s'accélère et devient irrégulier, la respiration devient plus fréquente et anxieuse, enfin l'enfant meurt au milieu de convulsions.

Autopsie.—Le cerveau seul a été examiné. Les circonvolutions sont aplaties, surtout à droite; en enlevant une couche très-mince de substance cérébrale au lobe postérieur droit, on trouve une grande cavité de 2 à 3 pouces de diamètre, vide et tapissée d'une sorte de fausse membrane. La substance cérébrale qui la recouvre est très-dure et présente une épaisseur d'un sixième à un quart de pouce. Le fond de la cavité était formé par une tumeur lobulée, ferme, de la grandeur d'une forte orange. Elle s'étendait jusqu'au crâne et était adhérente à la dure-mère. Elle allait en dehors jusqu'à la protubérance. Ses limites n'étaient pas très-distinctes, car elle se fondait avec la substance cérébrale environnante. A la coupe, la masse était d'un jaune pâle, elle était ferme au toucher, sauf dans quelques points où on la trouve ramollie. Quelques-uns de ces points ramollis formaient de véritables cavités à parois inégales. Au microcospe, on trouve de petites cellules rondes avec beaucoup de noyaux et une trame fibreuse, ainsi que des globules de graisse. Les ventricules latéraux étaient remplis de sérosité, les pédoncules cérébraux ramollis et aplatis; les tubercules quadri-jumeaux étaient aussi ramollis, les nerfs optiques atrophiés et mous. Il n'y avait pas de méningite récente.

L'auteur trouve remarquable que, malgré des lésions aussi grandes, l'intelligence soit restée intacte. Les symptômes que l'on a notés chez ce malade étaient pour lui le résultat de la compression de la substance cérébrale. Quant à l'élévation de la température, il constate qu'elle est assez rare dans les cas de tumeur non tuberculeuse du cerveau, à moins qu'il n'y ait une complication de méningite, et, dans le cas présent, on n'en a pas

constaté. L'autopsie ne fut pas permise sauf pour le cerveau. Peut-être aurait-on trouvé la cause de cette élévation de température dans des lésions viscérales. Quant à celle qui précéda la mort, on sait, depuis les recherches de Wunderlich surtout, que c'est un fait assez commun aux derniers moments de la vie dans les affections cérébrales.

A. GOUGUENHEIM.

Cancerous disease of the breast and vertebræ; enlargement of the glands; paralysis of the right hypoglossal nerve; wasting of one side of the tongue and of the muscles of the neck, par S. O. HABERSHON. (*Guy's Hosp. Reports, t. XVII, p.* 423, 1872.) — *Obs. recueillie par R. Rendle et S.-J. Truman.*

Cette observation est relative à une femme de 52 ans, qui, dans le cours d'une affection cancéreuse généralisée, portant particulièrement sur le sein droit et la colonne vertébrale, présenta des symptômes intéressants de compression des nerfs crâniens. Voici les phénomènes les plus importants qui furent notés, peu de temps avant la mort.

La malade se plaint d'une douleur d'oreille. La pointe de la langue est déviée à droite et ce côté de la langue est flasque et plissé ; le côté gauche, au contraire, est ferme et charnu. La malade peut tourner la pointe de la langue du côté de l'angle droit de la bouche mais non du côté gauche, c'est-à-dire du côté paralysé et non du côté sain. Depuis un mois elle a de la difficulté à mâcher et elle est obligée de maintenir ses aliments au milieu de la bouche. — La sensibilité est intacte.

Le sterno-hyoïdien est paralysé du côté droit. Le nerf facial droit est également un peu paralysé. Les muscles de la langue, à gauche, entrent en action sous l'influence du courant galvanique, ceux du côté droit sont complétement inexcitables. La pression sur les vertèbres est très-douloureuse. — Le traitement consista en quinine et après, iodure de fer; la belladone, l'aconit et l'opium furent employés contre les douleurs. La malade s'affaiblit peu à peu après avoir éprouvé de grandes douleurs; elle mourut le 15 octobre.

Autopsie faite par le Dr Moxon. — Crâne épaissi et présentant des masses arrondies de cancer encéphaloïde. Ces tumeurs se séparent facilement de l'os non altéré. La dure-mère est saine; mais à sa surface interne elle présente, çà et là, de petits nodules arrondis vasculaires au niveau des masses cancéreuses. Les glandes de Pacchioni sont ossifiées aux points qui correspondent aux tumeurs. Sur l'apophyse basilaire, plus à droite qu'à gauche, et s'étendant sur le temporal droit, on trouve une tumeur encéphaloïde qui comprend dans son épaisseur la 8e et la 9e paires, et se prolonge du même côté jusqu'au conduit auditif interne. Les muscles animés par la 9e paire sont jaunes et flétris. Les 3e et 4e vertèbres dorsales sont atteintes de cancer, la 4e est atrophiée, les 8e, 9e et 10e sont aussi diminuées de volume, la 11e est un peu détruite, la 4e lombaire a disparu. Les deux os des iles contiennent des masses encéphaloïdes. Les muscles du côté droit de la langue sont flétris, ainsi que le cartilage cricoïde du même côté, et les muscles et la membrane muqueuse commencent à être envahis par le cancer.

Le poumon est atrophié, mais non cancéreux. Le cœur est petit. — Le foie pèse 34 onces, il est petit; son lobe gauche est atrophié; pas de cirrhose ni de stéatose.

La rate pèse 23 onces 1/2 ; elle est saine. Les ganglions lombaires sont cancéreux. Les reins sont sains et pèsent 8 onces.

L'auteur, après avoir fait remarquer les particularités intéressantes

qui sont relatives à la paralysie de la langue, rapproche de ce fait l'observation suivante :

Un homme de 32 ans fut admis à la clinique externe, le 29 novembre, pour une paralysie du facial gauche. La paupière ne pouvait être fermée, les muscles de la face étaient également immobiles et le côté gauche de la langue était paralysé et atrophié. La pointe de cet organe était entraînée à gauche; le côté gauche de la langue était plissé, flasque et ramassé; la réplétion du côté droit donnait à l'organe un aspect tordu. Les muscles du cou étaient sains; le goût était émoussé, particulièrement du côté affecté. Le 5e nerf était presque intact. Le malade se plaignait d'un peu d'engourdissement du côté gauche; mais la sensibilité au contact était parfaite. L'anesthésie était probablement due à la paralysie des muscles de l'expression. L'auditif ainsi que l'olfactif étaient sains des deux côtés. Les pupilles étaient normales et la vue bonne. Un petit ganglion le long du maxillaire gauche extrêmement induré pouvait faire croire à un squirrhe; mais on ne trouvait aucune autre maladie locale. La parole était inintelligible. La paralysie faciale avait débuté brusquement, elle fut guérie par l'iodure de potassium.

L'auteur pose la question de savoir si la paralysie du septième nerf peut, par l'intermédiaire de la corde du tympan, expliquer tous ces symptômes, et il admet qu'il existait probablement chez ce malade, en même temps que cette paralysie, une altération de la cinquième ou de la neuvième paire.

Cependant il fait observer que s'il y avait eu altération de la cinquième paire, on aurait dû constater une atteinte plus sérieuse du côté des nerfs sensibles de la face et que, contre l'affection de la neuvième paire, on peut invoquer la conservation apparente de l'action des muscles du cou.

Il explique l'altération légère du goût par l'atrophie du côté gauche de la langue.

(C'est là, en somme, un fait très-obscur et qui n'aurait pu s'expliquer complétement que dans le cas d'une terminaison mortelle.) G. H.

Spinal apoplexy. — Paraplœgia; recovery, par J. HEATON. (*Brit med. journ.*, 21 *décembre* 1872.)

Observation très-intéressante d'un homme de 47 ans, qui, quatre jours avant son entrée, a un frisson très-fort, suivi de perte absolue du mouvement dans les membres inférieurs. En même temps le malade se plaint de douleurs très-vives au bas du dos, autour du corps et dans les cuisses, au moindre mouvement que l'on provoque. La sensibilité n'est altérée dans aucun de ses modes. On ne constate ni rigidité, ni contracture. La miction et la défécation se font aisément. Le malade ne présente aucun symptôme d'affection cérébrale. Cet état dure trois mois, puis est suivi d'une guérison progressive et définitive qui se maintient.

Ce qui frappe, dans ce cas, c'est la soudaineté de l'attaque, sans cause extérieure traumatique, et sa guérison complète. L'auteur discute la possibilité soit d'une petite hémorrhagie, soit d'une embolie très-limitée.

A. G.

Empyema ; psoas abscess ; paraplegia ; death (Empyème, abcès du psoas consécutif, paraplégie et mort), par FOOT. (*Brit. Med. Journ.*, 18 *janvier* 1873.)

Enfant de 10 ans, chez lequel un empyème du côté gauche s'était ouvert par un trajet fistuleux dans le psoas gauche, puis de là, dans le canal vertébral. Quand cet enfant vint à l'hôpital, il avait de la paraplégie et de l'incontinence urinaire et fécale, survenues avec une grande rapidité. Neuf jours après la mort survint. On trouva dans le canal vertébral, du pus, jusque près du renflement brachial, il s'était introduit par les trous des vertèbres lombaires, les méninges et la moelle étaient altérées. Le trajet fistuleux entre l'abcès psoïtique et la plèvre gauche était facile à trouver et admettait le passage d'une petite sonde. A. G.

Note sur deux cas de lésions cutanées consécutives à des sections de nerfs, par M. G. HAYEM. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n°* 2.)

L'auteur publie deux observations de *troubles trophiques* cutanés survenus à la suite de lésions de nerfs.

Observation I. — R***, 50 ans, tailleur à Saint-Gratien, se fait une blessure profonde à l'avant-bras droit. Immédiatement après l'accident on constate une paralysie du mouvement et de la sensibilité au niveau des trois premiers doigts. On peut donc conclure à une section complète, ou tout au moins fort étendue, du nerf médian. Pendant au moins deux semaines les doigts étaient comme morts.

La plaie s'est guérie rapidement sans suppuration et sans aucun accident et la motilité et la sensibilité sont revenues en partie au bout d'un certain temps.

Au bout de six semaines, il s'est produit une sorte d'éruption de bulles ou phlyctènes siégeant à l'extrémité des doigts. L'épiderme est d'abord soulevé par de la sérosité sanguinolente, puis se rompt et laisse écouler un liquide roussâtre, puis purulent, et le derme mis à nu s'ulcère. Il se forme une croûte qui laisse en tombant une cicatrice indélébile. Plus rarement le liquide de la phlyctène se résorbe.

A l'index et au médius, il s'est ainsi produit en deux mois et demi 6 phlyctènes, 3 pour chaque doigt, et l'évolution de chaque phlyctène a duré de huit à douze jours.

En même temps, les extrémités du pouce, de l'index et du médius s'atrophiaient, principalement par la disparition de la pulpe.

On doit aussi noter l'existence d'un gonflement de la main assez marqué, au début, qui persista même après le retour de la sensibilité et de la motilité. On constatait simultanément l'aspect violacé de la main et la turgescence des vaisseaux veineux, ainsi que l'abaissement considérable de la température que les doigts malades ont constamment subi à l'air.

M. Hayem se demande alors s'il faut, pour expliquer ces phénomènes, invoquer l'hypothèse des *nerfs trophiques* ou l'hypothèse de la *névrite*.

La seconde ne lui répugne pas, seulement il ne voit pas chez son malade de signes suffisants pour admettre son existence comme incontestable. Ainsi, il n'y a pas eu de phénomènes douloureux, mais seulement des fourmillements légers produits par la compression de la cicatrice.

Quant aux *nerfs trophiques* (et personnellement nous sommes assez disposé à nous ranger à cette opinion, malgré certaine publication antérieure), M. Hayem les trouve par trop hypothétiques.

Avec Romberg, l'auteur pense que, pour s'expliquer ces troubles de nutrition, il faut tenir compte : 1° de la diminution de la calorification; 2° de l'inaptitude de la partie affectée à résister aux changements de température; 3° du ralentissement de la circulation capillaire produisant une couleur livide. Mais ce n'est pas là une explication.

M. Hayem se demande pourquoi la lésion des trois ordres de tubes nerveux, sensitifs, moteurs et vaso-moteurs, serait insuffisante à expliquer les troubles nutritifs.

Voici un second fait où l'existence de la névrite est incontestable :

Observation II. — Cuif, 24 ans, charpentier, eut la main écrasée le 27 août 1870. On lui fit d'abord l'ablation des doigts, et plus tard l'amputation de l'avant-bras vers la partie moyenne.

En septembre 1872, il se fit une contusion de l'épaule droite, et depuis ce moment la douleur persista dans l'épaule. Il se fit alors une fistule au bout du moignon, et il se produisit de petites hémorrhagies. Un mois après se montraient des douleurs dans le moignon et des contractures qui l'empêchaient de redresser l'avant-bras. Ces élancements douloureux suivaient surtout le trajet du nerf cubital.

18 *octobre*. Le moignon, qui est toujours demeuré froid depuis l'opération, a une teinte violacée livide. — Anesthésie du membre au contact léger et hyperesthésie au contact plus fort. Au moignon on constate une éruption varioliforme, chaque vésicule repose sur un fond violacé, elle est ombiliquée, et plusieurs présentent à leur centre une petite croûte. La chaleur augmente les douleurs et produit de légères convulsions cloniques.

Les vésicules, au nombre d'une trentaine, la contracture et des mouvements fibrillaires, et enfin une diminution notable de la température persistaient encore à l'entrée du malade dans le service de M. Desprès à Cochin.

En décembre l'avant-bras se gonfla, la peau de cette partie devint brûlante et se couvrit tout entière de vésicules analogues aux précédentes. On enveloppa l'avant-bras du malade de cataplasmes qui le firent horriblement souffrir, et qu'il remplacait la nuit par de l'eau froide.

Quelques jours plus tard l'éruption et le gonflement diminuèrent, et le membre redevint froid comme auparavant. Les douleurs et les contractures persistèrent.

En résumé, M. Hayem se demande si on ne peut pas voir dans le premier cas une névrite descendante et dans le second une névrite ascendante. L'auteur termine en faisant remarquer que le meilleur traitement à opposer à la névrite consécutive aux amputations consiste probablement dans la section transversale des troncs nerveux intéressés.

A. JOFFROY.

Note sur un cas de paralysie spinale de l'adulte, suivie d'autopsie, par M. GOMBAULT. (*Archives de Physiologie, n° 1, janvier* 1873.)

M. Duchenne (de Boulogne) a décrit, sous le nom de paralysie spinale aiguë de l'adulte, une affection ressemblant, par ses principaux traits, à la paralysie infantile.

M. Gombault en cite deux exemples. Le premier a été observé par M. Charcot :

1° Un homme de 35 ans est pris, après quatre jours de malaise, de paralysie des quatre membres. Cette paralysie s'accompagne, pendant une semaine, de fièvre intense et de délire. Un mois après le début des accidents, le mouvement revient dans le bras gauche d'abord, puis bientôt après dans les quatre membres. Mais le malade conserve une atrophie du bras droit et de la jambe gauche. A part quelques fourmillements, il n'y a pas de troubles de la sensibilité. La vessie et le rectum ont toujours fonctionné normalement, il n'y a pas eu d'eschares.

2° Le second fait est de M. Cuming, de Belfast (*Journal de Dublin*, 1869, p. 471), et ressemble au précédent.

Voici maintenant l'observation de M. Gombault, recueillie à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

On y verra confirmé, par les recherches anatomiques, le rapprochement que l'on a fait avec la paralysie infantile.

Observation. — Collette, 67 ans. Le premier janvier 1865, étant en pleine santé, elle fut frappée d'une paralysie complète des quatre membres presque subitement. Il ne se produisit, ni avant, ni après, aucun trouble du côté de l'intelligence, de la parole, de la déglutition, des fonctions respiratoires, de la vessie et du rectum ou de la sensibilité cutanée. Pendant les premiers mois il y eut une légère douleur rachidienne. Il semble y avoir eu une fièvre légère. La paralysie était flasque. Jamais il n'y eut d'eschares.

Au bout de deux ans, retour incomplet de la mobilité dans les membres supérieurs d'abord, puis dans les inférieurs.

En juillet 1872, la malade mourut de cancer.

Les membres supérieurs étaient alors partiellement atrophiés, surtout aux mains et plus à droite qu'à gauche. — Aux membres inférieurs, on notait entre les deux jambes des différences notables, celle du côté gauche était plus atrophiée.

Autopsie. — Aucune lésion de l'encéphale. — La moelle à l'œil nu ne présente pas d'altération. Ses enveloppes sont saines. Au microscope, on trouve que les cellules des cornes antérieures sont atrophiées. — Quelques-unes sont saines, d'autres fortement pigmentées, d'autres plus ou moins diminuées de volume, enfin un certain nombre a disparu. C'est à la partie inférieure de la région cervicale que la lésion est le plus accentuée.

Il n'existe aucune autre lésion de la moelle. La substance blanche est intacte, et dans la substance grise il n'y a ni corps granuleux, ni prolifération nucléaire, ni altérations des vaisseaux.

Le bulbe est sain.

Les racines antérieures, inégalement altérées, renferment un plus ou moins grand nombre des tubes vides de myéline et un abondant tissu conjonctif à noyaux.

Les muscles sont atrophiés, surtout aux mains. Le tissu conjonctif intermédiaire aux fibres musculaires est sclérosé.

Les nerfs périphériques qui se rendent aux muscles malades présentent plus ou moins de névrite intersticielle. Les tubes nerveux sont sains, mais quelques-uns ont disparu.

M. Gombault conclut qu'il s'agit là d'une affection analogue à la paralysie spinale de l'enfance, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Il pense également qu'il s'agit dans son cas d'une lésion primitive des cellules nerveuses.

Cependant il faut remarquer qu'il ne s'est pas produit d'atrophie secondaire des cornes antérieures altérées. Les faisceaux blancs sont également intacts.

Nous pensons que ce ne sont là que des différences de peu d'importance, et qu'en réalité il ne s'agit pas d'autre chose que de l'affection qui, plus commune chez l'enfant, est décrite sous le nom de paralysie spinale infantile. A. JOFFROY.

Lesion of the upper dorsal portion of the spinal cord, and excessive lowering of temperature and pulse (Lésion de la partie supérieure de la moelle dorsale et abaissement considérable de la température et du pouls), par NIEDEN, Clinical Society. (*Lancet*, 8 *février* 1873.)

Cette lésion de la partie supérieure de la moelle dorsale fut suivie immédiatement de paralysie du mouvement et du sentiment des membres inférieurs et du tronc jusqu'au deuxième espace intercostal. L'intérêt de cette observation est dans l'énorme abaissement de la température et du pouls qui se fit progressivement. Au bout de dix jours la température fut de 80° Fahrenheit (30° *centigrades environ*) et le pouls tomba à 30. La mort eut lieu par asphyxie.

A. G.

Cas très-grave d'épilepsie. Guérison par la médication bromurée, par le Dr JAMOT. (*Gazette des hôpitaux*, 1873, *n°* 12.)

Il s'agit d'un jeune homme devenu épileptique à la suite d'un violent coup de bâton sur la tête. Le bromure de potassium administré à la dose de six grammes amena une suspension des accidents qui dure déjà depuis treize mois. A. J.

Observations de maladies du cœur.

Etat scléro-athéromateux de l'artère pulmonaire droite; altération des valvules pulmonaires, tricuspide; caillot autochtone dans le tronc de cette artère; infarctus pulmonaires; mort, par M. ROSAPELLY. (*Bull. de la Soc. anat.*, *LXVII année* (1872), 2e *série, tome* XVII, *page* 248.)

Le malade, âgé de 37 ans, menuisier, aurait eu des hémoptysies et aurait été atteint, quelques mois avant son entrée à l'hôpital, de pleurésie droite. On constate, en effet, dans le quart inférieur de la poitrine du côté droit, la présence d'un épanchement pleurétique, et dans la moitié supérieure, les signes d'une phthisie avancée.

Diagnostic : tuberculisation pulmonaire et pleurésie consécutive. En outre, on observait les phénomènes suivants : dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée; face cyanosée, pouls petit, irrégulier; battements du cœur tumultueux, turgescence des veines du cou ; bruit de souffle à la pointe.

Le malade meurt environ 3 semaines après son entrée à l'hôpital, et à

l'autopsie, on trouve environ 2 litres de liquide dans la plèvre droite; le cœur hypertrophié à gauche, dilaté à droite, des plaques athéromateuses aux valvules mitrale, pulmonaire et tricuspide. Le poumon droit congestionné contient dans le lobe moyen un gros noyau d'apoplexie. En poursuivant la branche droite de l'artère pulmonaire, on trouve ce vaisseau largement dilaté, épaissi, athéromateux, renfermant un gros caillot du volume d'une noix, ayant oblitéré incomplétement le calibre de l'artère.

HENRI HUCHARD.

Old blood-clot adherent to the wall of the left ventricle and septum of the heart, producing thickening of the endocardium and degeneration of the muscular tissue (Caillot ancien adhérent à la paroi du ventricule gauche et du septum interventriculaire, produisant l'épaississement de l'endocarde et la dégénérescence de tissu musculaire), par WHIPHAM. (*Lancet*, 4 *janvier* 1873.)

Cette observation est intéressante pour plusieurs raisons : 1° le caillot était fort ancien, l'auteur pense qu'il existait là depuis environ 14 mois, ce qui est très-rare dans l'histoire de ces coagulations ; 2° l'inflammation et l'épaississement consécutifs de l'endocarde étaient limités à la place où adhérait ce caillot, partout ailleurs il était à peu près normal; 3° la dégénérescence musculaire était aussi limitée à la zone correspondante ; dans le reste du cœur, les parois étaient normales. A. G.

A study of a case of heart disease, probably malformation, par BROADBENT, Medical Society of London (*Lancet*, 14 *septembre* 1872.)

Ce médecin a déjà publié dans ce journal de nombreuses observations de maladies du cœur. L'observation qui fait le sujet de ce travail est présentée avec beaucoup de détails fort intéressants assurément, mais qui ne peuvent suffire à faire adopter l'opinion qu'il exprime. D'abord il n'y a pas d'autopsie; par conséquent, impossibilité de contrôler ce diagnostic. Il y a dans cette observation des signes physiques qui peuvent se rapporter à une lésion mitrale, à un rétrécissement aortique, à une insuffisance tricuspide, même à une péricardite, opinion que l'auteur ne discute même pas, et pourtant il s'agissait d'un cas où il y eut augmentation *temporaire* de la matité précordiale. L'auteur base son diagnostic de malformation cardiaque sur l'existence assez prolongée d'un bruit diastolique vers le bord gauche du sternum au niveau de la troisième côte et en même temps un dédoublement du second bruit. Ce bruit diastolique voisin du sternum ne s'étendait que dans un très-court rayon et l'auteur suppose qu'il est produit par une communication anormale entre les deux ventricules; enfin il pense que le dédoublement du second bruit, en démontrant la non-simultanéité des contractions des deux ventricules, est la conséquence de cette malformation. Dans ce cas, le sujet avait 31 ans et *n'était pas cyanosé.*

A. GOUGUENHEIM.

On the production of a remarkable endocardial murmur, accompagnied with unusuall slownen of the puls (Remarquable bruit endocardique accompagné d'une lenteur insolite du pouls), par BURNEY. (*Lancet*, 28 *décembre* 1872.)

Homme de 45 ans, se plaignant de battements, palpitations et douleurs à la région épigastrique, ainsi que d'une dyspnée assez forte. La palpation permet de reconnaître que ce battement est isochrone avec le pouls, qui est régulier, assez ample, mais très-lent, 36 p. à la minute. A l'auscultation, on entend d'abord un souffle systolique fort et prolongé, puis deux autres bruits très-courts et d'un timbre doux, l'un post-systolique, l'autre présystolique.

A la base, on entend les deux bruits normaux. Cet homme mourut subitement. Voici ce que l'on trouva : péricarde adhérent de tous côtés, cœur mou, cavités très-dilatées, parois très-amincies, surtout au ventricule droit. Les cavités droites étaient remplies de caillots, ainsi que l'oreillette gauche, qui avait un volume triple du volume normal. L'orifice mitral était rétréci, les valves étaient épaissies, gonflées à leur bord et adhérentes l'une à l'autre. L'orifice circulaire avait environ trois quarts de pouce de diamètre. Les valvules aortiques aussi étaient épaissies, les bords étaient recouverts d'une couche de fibrine et adhéraient légèrement.

Voici l'explication que l'auteur donne des bruits qui furent entendus pendant la vie : Le premier bruit était un bruit d'insuffisance. Le deuxième bruit, post-systolique, pouvait reconnaître deux causes, soit le passage du sang de l'oreillette au ventricule sur des valvules manquant de souplesse, soit peut-être l'insuffisance aortique. Le troisième bruit, présystolique, s'expliquerait par la contraction pénible et lente de l'oreillette excessivement dilatée. Quant à la lenteur du pouls, elle serait due à l'amincissement des parois ventriculaires, et par conséquent à la difficulté et à la longueur de la contraction. — Ainsi s'expliquerait la mort brusque qui survint chez ce malade. Le battement épigastrique serait dû aux adhérences du péricarde. A. G.

Zur Entstehung des Herz-Aneurysma (Contribution à la pathogénie des anévrysmes du cœur). Th. SIMON. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 *novembre* 1872.)

Il s'agit d'un cas de mort subite par rupture du cœur. A l'autopsie on trouve, entre autres, toutes les artères athéromateuses et une oblitération par thrombose d'une des grosses branches de l'artère coronaire gauche : c'est dans cette dernière lésion qu'il faut voir, selon l'auteur, la cause efficiente des altérations successives qui ont abouti à la rupture du cœur. J. B.

Observation de rupture du cœur, par M. LABARAQUE. (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 46e *année*, 1871, 2e *série*, *tome XVI.*)

Une femme âgée de 71 ans, et dont l'état avait été désigné à la Salpêtrière sous le nom de cachexie sénile, est frappée un matin et comme sidérée par la mort subite. A l'autopsie, on trouve un énorme caillot dans la cavité du

péricarde, le cœur présente dans divers points des ecchymoses assez étendues, correspondant à des épanchements sanguins diffus dans l'épaisseur du muscle cardiaque. A 1 centimètre de la pointe, sur la face antérieure du ventricule, au centre d'une ecchymose large comme une pièce de un franc, on constate un orifice transversal d'une largeur d'un demi-centimètre, par lequel fait issue un petit caillot, et communiquant dans la cavité cardiaque avec l'orifice interne qui se trouve au milieu des colonnes charnues du troisième ordre. On trouve, à 2 centimètres environ de cette rupture, les traces d'une rupture ancienne n'ayant pas intéressé l'épaisseur entière du parenchyme. Les artères coronaires sont perméables, mais athéromateuses, présentant dans une grande partie de leur étendue des plaques calcaires épaisses. L'examen histologique a montré une dégénérescence graisseuse des fibres du cœur.

Remarques. — En présence des convulsions unilatérales du début, on crut d'abord chez cette malade à une apoplexie cérébrale; plus tard, après l'examen des urines, après l'examen ophthalmoscopique et quand les convulsions furent devenues générales, l'idée d'urémie fut acceptée. Se fondant sur la théorie de sir James Simpson, que le sucre empêche dans l'urémie la transformation de l'urée du sang en ammoniaque, on administra le chloroforme à cette malade pendant une heure de suite; une saignée de 30 grammes fut de plus pratiquée ; le tout sans succès. Bien que la malade n'ait jamais exhalé par sa respiration la moindre odeur d'ammoniaque, l'altération des reins constatée à l'autopsie confirme l'idée d'un certain degré d'urémie; mais la lésion principale existait dans le vaisseau, et c'est à une apoplexie cérébrale, liée aux altérations des vaisseaux et à l'hypertrophie du cœur qu'on avait certainement à faire. Que l'affection du cœur ait été elle-même secondaire à la maladie des reins, le fait est vraisemblable, et ce n'est pas là une des moindres complications de la maladie de Bright.

J. DUBRISAY.

Two cases of death from fibrinous concretions in the right side of the heart (Deux cas de mort subite par thrombose du cœur droit), par Robert LAWSON. (*Med. Times and Gaz.*, 8 *fév.* 1873.)

Un homme de 25 ans, de force moyenne, atteint de bronchite, fut amené dans une salle où s'étaient produits les jours précédents quelques cas de choléra. Le septième jour après son entrée, alors que la bronchite allait de mieux en mieux, cet homme éprouva subitement une indisposition que l'on prit pour un début de choléra. Le pouls était très-petit, la respiration précipitée, l'anxiété précordiale très-grande, peu de diarrhée et peu de vomissements. La voix était affaiblie sans être absolument cholérique, le refroidissement était peu marqué ; le malade était très-agité. Il fut traité comme cholérique et mourut douze heures après le début de l'attaque.

A l'autopsie, on trouva dans le cœur droit un caillot organisé qui remplissait les cavités de l'oreillette et du ventricule, et s'étendait jusque dans l'artère pulmonaire. Le caillot adhérent à l'endocarde n'avait laissé qu'un étroit conduit médian pour le passage du sang. Un caillot de moindre dimension existait dans le cœur gauche ; pas la moindre trace d'endocardite, et pas de lésions intestinales.

Un soldat de l'armée de Chine fut subitement atteint de symptômes graves qu'il attribua à un accès de fièvre intermittente. Amené le lendemain à l'hôpital, il accusait une douleur vive dans le ventre, et une anxiété précordiale très-

grande. Le pouls et les battements du cœur n'étaient pas perceptibles. La face, le ventre et la poitrine étaient à la température normale et très-rouges; la pression de la main laissait une empreinte blanche. Les bras et les mains étaient froids et livides. — Pas de douleur à la pression sur l'abdomen, pas de vomissements ni de diarrhée ; la langue était sèche et violacée, pas de crampes; la voix n'était pas cassée, l'intelligence était très-nette. Un instant avant la mort, la surface de la poitrine pâlit, et les veines superficielles se dessinèrent en rouge violacé. — Mort quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva dans le cœur droit un large caillot fibrineux qui remplissait le ventricule, l'oreillette et l'origine de l'artère pulmonaire; au milieu un conduit étroit pour le passage du sang.— Dans le ventricule gauche, un caillot plus petit. Pas de traces d'endocardite. Dans la poitrine à gauche, les vestiges d'une ancienne pleurésie : les poumons étaient congestionnés, ainsi que le foie, la rate et les reins ; du reste nulle lésion pour justifier la formation de la thrombose. Rien sur le péritoine ni dans les intestins.

Dans ces cas, d'après M. Liouville, l'examen des petits vaisseaux qui ne doit jamais être négligé permet de constater l'existence de petites dilatations anévrysmatiques qui, développées en même temps que l'altération des muscles, peuvent avoir quelque influence dans certaines ruptures du cœur.

HENRI HUCHARD.

Observations cliniques concernant diverses maladies des vaisseaux.

King's college hospital. Aneurism of the arch of the aorta; with laryngeal symptoms. Death. Clinical remarks, par G. JOHNSON. (*Lancet*, 7 *déc.* 1872.)

Sujet âgé de 44 ans, alcoolique; se plaignit pour la première fois il y a 4 ans d'enrouement persistant, accompagné d'un peu de dyspnée et de cornage. Actuellement il a une aphonie complète, de la dyspnée, un cornage très-fort. L'examen au laryngoscope permet de constater l'état d'immobilité des cordes vocales et des cartilages aryténoïdes. Il existe en même temps de la dysphagie. La suffocation devenant constante, on pratique la trachéotomie qui amène un soulagement passager, mais le malade mourut un ou deux jours après. On trouva à l'autopsie un anévrysme de la crosse, considérable, comprimant l'œsophage. Du reste, pendant la vie il avait été reconnu par l'examen direct de la poitrine.

L'intérêt de cette observation pour l'auteur réside dans l'examen laryngoscopique qui a permis de reconnaître la cause du cornage tout d'abord, puis de cette suffocation qui était laryngée; aussi conseille-t-il d'avoir recours à cet examen chaque fois que l'on aura sous les yeux un cas de cornage et de suffocation avec altération de la voix, car si cet ensemble de signes était dû à un obstacle laryngé, il légitimerait la trachéotomie, dont l'action pourrait être assez efficace, tandis que cette opération serait inutile et même périlleuse si l'obstacle était assez bas.

A. G.

An aneurysm of the transverse part of the aorta, par G. JOHNSON. — Société pathologique. — (*Lancet*, 4 *janvier* 1873.)

Dans cette observation, lue par l'auteur à la Société pathologique, l'examen laryngoscopique fut pratiqué pour reconnaître la cause intralaryngée des troubles de la voix, on constata la paralysie des cordes vocales. On dut recourir à la trachéotomie pour empêcher le malade de suffoquer. Mais ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'examen nécroscopique. Un seul nerf récurrent, le gauche et le nerf vague du même côté étaient intéressés et lésés par la tumeur anévrysmale; le récurrent droit était intact, et pourtant il y avait atrophie de tous les muscles du larynx.

A. G.

Case of aneurism of the aorta (Anévrysme de l'aorte), par le Dr M'Call ANDERSON. (*The Glasgow med. Journal, november* 1872.)

Un homme de 40 ans mourut sans avoir présenté d'autre symptôme qu'une douleur lombaire. A l'autopsie, on trouva un anévrysme situé en partie dans le thorax, en partie dans l'abdomen, et présentant deux perforations qui conduisaient, l'une dans la plèvre gauche, l'autre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. A. S.

Aneurism of the thoracic aorta, par M. COUPLAND. Société pathologique. (*Lancet, février* 1873.)

Dans cette observation des hémoptysies ont été notées fréquemment, et l'anévrysme ne fut pas reconnu. Voici ce que révèle l'autopsie. L'anévrysme que l'on rencontra s'ouvrit dans le poumon et plus tard dans la plèvre. L'hémorrhagie qui se fit dans cette séreuse fut mortelle. Pendant la vie, le sujet de cette observation fut traité comme phthisique, et il survint quelques jours avant la mort une matité à la moitié inférieure et antérieure de la poitrine, au-dessous du sein gauche. On diagnostiqua une pleuro-pneumonie.

A. G.

Zwei Fälle von spontaner allmäliger Verschliessung grosser Halsarterienstämme (Deux cas d'obstruction spontanée et progressive de deux gros troncs artériels du cou), par le prof. KUSSMAUL, de Fribourg en Brisgau. (*Deutsche Klinik*; *nos* 50 *et* 51, 1872.)

Les travaux de *Pilz* (Zur Ligatur der arteria carotis communis in Archiv der Kl. Chirurg. IX, 2, p. 257-445) ont déjà fait connaître les résultats physiologiques de l'obstruction des principaux troncs artériels du cou à la suite de ligatures; quelques cas d'oblitération pathologique ont été signalés par *Ogle* (Schmidt's Jahrb. 125, p. 236), par *Gull* (Edinb. Med. Journ. Nov. 1855), et par *Banks* (Schmidt's Jahrb. 130, p. 160). A ces

faits mentionnés brièvement, l'auteur désire ajouter deux cas observés en 1866 et 1867, et dont la publication n'a pas pu être faite plus tôt.

Première observation. — *Oblitération de la carotide primitive gauche et des deux sous-clavières, chez un homme de 44 ans, par suite d'endartérite chronique et de thrombose.*

Les principaux symptômes éprouvés par le malade sont la dyspnée, principalement en montant les escaliers, des nausées, des douleurs et des crampes dans les bras et les jambes, enfin de la céphalalgie et de la constipation. A son entrée à l'hôpital, le 5 juin 1867, il se plaignait, en outre, d'un malaise général, et l'on constata l'état suivant :

Le pouls radial des deux côtés était très-faible; celui du côté droit à peine perceptible; la carotide droite, de calibre normal, présente un léger frémissement; la carotide gauche donne la sensation d'un mince cordon sans battements. Les deux fémorales sont larges et battent fortement. Jugulaire externe droite, pulsatile; battements cardiaques modérés dans le cinquième et le sixième espace intercostal; bruit diastolique à la base, diminuant d'intensité vers le sternum avec un second bruit plus clair. Premier bruit aortique voilé. Dans la fosse sus-claviculaire gauche, bruit systolique, sifflant.

Quelque temps après, le malade se plaint d'une toux opiniâtre et de crachements de sang. L'examen fait constater une absence complète du pouls radial et brachial droits; à gauche un battement faible. La carotide gauche, qui n'avait pas présenté de pulsations auparavant, était en ce moment nettement, quoique faiblement pulsatile, vers sa bifurcation. La carotide droite, d'un calibre normal, présentait des pulsations très-fortes avec un léger frémissement. Les battements de la sous-clavière n'étaient perceptibles ni à droite ni à gauche; on n'y percevait plus à gauche le bruit qui avait été constaté auparavant. Battements du cœur forts. Pleurésie à droite. Le malade, après avoir eu des accès de dyspnée de plus en plus accusés, meurt subitement le 3 octobre.

Voici les principaux résultats de l'autopsie :

Les artères cérébrales ne présentent rien de remarquable. Le tissu musculaire du cœur est jaune gris et ramolli; le ventricule gauche est parsemé de stries fibreuses (myocardite). L'oreillette droite est remplie par un caillot très-adhérent, qui n'est pas encore décoloré; la valvule tricuspide laisse passer facilement cinq doigts. Le ventricule gauche contient un caillot ramolli et décoloré, très-adhérent aux trabécules. L'orifice aortique est insuffisant, et ses valvules semi-lunaires sont épaisses. La partie ascendante et l'arc de l'aorte sont rétrécis avec épaississement des parois; la tunique interne présente des altérations pathologiques et forme avec la tunique moyenne, au niveau de l'artère innominée, la cavité d'un abcès athéromateux. La carotide gauche est oblitérée par un thrombus depuis son origine jusqu'à six lignes au-dessus de sa bifurcation; elle est transformée, dans une certaine étendue, en un cordon plein de la grosseur d'une plume d'oie. La sous-clavière droite est oblitérée, à son origine, par un thrombus organisé, sans rien perdre de son calibre. La sous-clavière gauche est considérablement rétrécie par suite de l'épaississement de sa tunique interne; elle est obstruée par un caillot noirâtre, non adhérent, qui paraît dater de très-peu de temps avant, ou même après la mort. Quelques infarctus hémorrhagiques se trouvent dans les poumons, et l'une des branches de l'artère pulmonaire gauche présente un embolus fibrineux.

Deuxième observation. — *Oblitération de la carotide primitive gauche à sa bifurcation, à la suite de la compression exercée par une tumeur cancéreuse.*

Le malade est entré à l'hôpital pour des syncopes; outre la présence d'une

tumeur sous le maxillaire inférieur gauche, on constata les faits suivants : carotide gauche faiblement pulsatile jusqu'au niveau de la tumeur, où ses battements et ceux de ses branches cessent complétement. Du côté droit, les battements de ces artères sont très-forts. Le principaux symptômes étaient des accès épileptiformes dans l'intervalle desquels le malade se trouvait généralement bien, sauf une légère douleur très-limitée sur la moitié gauche du front.

La pupille de l'œil gauche était plus resserrée que celle du côté droit; la vision est plus faible avec l'œil gauche qui présente, à l'ophthalmoscope, des veines gorgées de sang et des artères peu remplies; la papille est pâle et est parcourue par une petite artère dans sa moitié droite. L'action de l'atropine est presque nulle sur la pupille gauche; peu à peu il se produit de la diplopie.

Le malade, entré à l'hôpital au commencement de novembre 1866, meurt subitement le 10 janvier 1867.

Voici les principaux résultas de l'autopsie : Dure-mère adhérente au crâne, avec sinus remplis de sang liquide. Pie-mère baignée de sérosité, avec des veines modérément remplies. Ventricules cérébraux dilatés et remplis de sérosité. Substance cérébrale peu sanguine; pas de différence notable entre les deux hémisphères. Artère basilaire athéromateuse. Les vaisseaux communiquants du cercle de Willis, et surtout le postérieur gauche, très-peu développés.

Enfin, la tumeur cancéreuse, au niveau de la bifurcation de la carotide, était adhérente à la carotide externe qu'elle comprimait de manière à intercepter complétement la circulation; la carotide interne, également comprimée, laissait passer avec peine une sonde. Enfin, pour expliquer les troubles fonctionnels, on constata également la compression du sympathique et du nerf vague qui étaient confondus en un seul cordon.

CH. KLEIN.

Thrombose de l'artère cérébelleuse supérieure. Foyers de ramollissement dans le cervelet. TROISIER (*Bulletin de la Société anat. de Paris, XLVIe année* (1871), *2e série, tome XVI.*)

D'après le présentateur (M. Troisier), les causes du ramollissement résident dans l'existence du caillot autochtone formé chez un vieillard tuberculeux, à la faveur d'une méningite qui aurait laissé des traces de périartérite. On pourrait peut-être aussi dans ces cas, d'après le Dr Duguet, admettre que le développement de granulations tuberculeuses dans la paroi même du vaisseau puisse provoquer, soit par compression, soit plutôt par irritation, la formation de ces thromboses. HENRI HUCHARD.

Sclérose et plaques athéromateuses avec destruction partielle de la membrane interne de l'aorte thoracique; oblitération et scléro-athérome des artères basilaires, cérébelleuses inférieures et supérieures, cérébrales postérieures, par M. BARÉTY. (*Bull. de la Soc. anat., XLVIIe année* (1872), *2e série, tome XVII, page* 384.)

Un homme de 70 ans était tombé, le 15 décembre 1871, privé de connaissance et de tout mouvement; le jour même de son entrée à l'hôpital,

on observait les symptômes suivants : perte de connaissance, respiration bruyante et fréquente, congestion de la face, présence d'écume blanche à la bouche, paralysie complète du bras gauche, incomplète du bras droit, déviation des deux yeux et rotation de la tête à gauche, inégalité des pupilles (la pupille gauche plus contractée que la droite).

Le lendemain 16, il meurt dans l'après-midi, après avoir présenté dans la nuit la résolution de tous les membres, la diminution de la rotation de la tête, la disparition de la déviation conjuguée et de l'inégalité pupillaire.

A l'autopsie, on trouve une altération scléro-athéromateuse et une oblitération des artères basilaires, cérébelleuses inférieures et supérieures, cérébrales postérieures. L'encéphale, soigneusement examiné, ne présente qu'un petit pointillé noirâtre, mais aucun foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement. Le ventricule gauche hypertrophié a des parois d'une épaisseur de 2 centimètres 1/2 ; les altérations valvulaires sont peu accusées ; l'aorte est dilatée depuis son origine jusqu'au diaphragme, limite à laquelle s'arrête l'examen, elle est parsemée à sa surface interne d'innombrables ulcères athéromateux à contours irréguliers, à bords décollés, situés au centre de plaques athéromateuses plus ou moins dures et confluentes. De plus, on trouve un certain degré de cirrhose rénale. Malgré cette altération, on ne découvre aucun infarctus ancien ou récent dans les principaux organes splanchniques.

Dans ce cas, la mort rapide est due, comme M. le Dr G. Hayem l'a démontré par un travail inséré dans les *Archives de physiologie* (1870), à la thrombose par artérite du tronc basilaire donnant lieu à une ischémie instantanée ou presque instantanée de la protubérance.

Cette observation est encore intéressante par ce fait, que la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux sont survenues sans qu'on ait trouvé à l'autopsie de foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie de la substance cérébrale, lésions que le Dr Prévost, de Genève, avait toujours signalées dans la production de ces accidents.

HENRI HUCHARD.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, par le docteur S. Jaccoud. (Paris.)

Compendium der speciellen Pathologie u. Therapie. Kraus.

Éléments de pathologie interne et de thérapeutique, par Niemeyer, trad. de l'allemand, revue et annotée par le docteur Cornil, 3e édit. franç., augmentée de notes d'après la 8e édition allemande.

Traité pratique des maladies des vieillards, par M. Durand-Fardel, 2e édit. (In-8°, 820 p., Germer-Baillère, Paris.)

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. Mathias Duval et Léon Lereboullet. (In-12°, 364 p., Paris, G. Masson.)

Arsenal du diagnostic médical, par le docteur JEANNEL (*Thèse* de Paris, 1872). — Recherches sur les thermomètres, les balances, les instruments d'exploration des organes respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, du système nerveux, les speculums uteri.

A combined spirometer, aspirator and æroscope, par Alex. RATTRAY. (*The Lancet*, 28 déc. 1872, II, p. 915.)

De l'urine dans quelques maladies fébriles, par le docteur Jean HŒPFFNER. (*Thèse* de Paris, 1872.)

Variole et vaccine, par A. NETTER. (*Tribune méd.*, 1872.)

The vaccination officer's and public vaccinator's hand-book. (Le manuel de la vaccination des officiers de santé et de la vaccination publique.) Walter BULLAR ROSS, solicitor clerk to the guardians of Ipsuich Union. (p. p. 314. London, 1873.)

Du vaccin, seul préservatif de la petite vérole, par le docteur A. LAURENT. (Rouen, 1872.)

Ueber die Impffrage (Sur la vaccine et la vaccination), par le docteur H. AUSPITZ, de Vienne. (*Wiener Mediz. Wochenschr.*, nos 2 et 3, janvier.)

Sulla rivaccinazione.Studii pratici intorno ad una epidemia di vaiulo avvenuta in Ortona a Mare (Sur la revaccination. Études pratiques sur une épidémie de variole survenue dans Ortona a Mare), par le docteur Joseph CANTI. (*Il Morgagni*, de Naples, 1872, p. 734.)

Percentage of success in re-vaccinations with humanized virus (Revaccination de bras à bras, statistique), par J.-H. DAVENPORT. (*The Boston med. and surg. Journal*, décembre 1872.)

Two cases of death from vaccination (Deux cas de mort à la suite de vaccination), par LYMAN-LUCE. (*The Boston med. and surg. Journal*, january.)

Dans les deux cas, la mort a été le résultat d'un phlegmon diffus du bras. — Est-il bien juste de la rapporter à la vaccination? — Les observations sont trop incomplètes pour décider la question.

Beobachtungen auf der Pockenabtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg (La variole à l'hôpital de Hambourg), par le docteur KNECHT. (*Archiv für Dermatologie*, 1872.)

Di una epidemia di vaiuolo in Susa di Tunisia (Épidémie de variole à Suse, en Tunisie), par G. FUNARO. (*Imparziale* de Florence.)

On the late epidemia of small-pox (Sur la dernière épidémie de variole, 231 cas), par Thomas DARBY. (*The Dublin Journal of med. sc.*, january, 1873.)

Hœmorrhagic small-pox (Étude sur la variole hémorrhagique), par Edward WIGGLESWORTH. (*The Boston med. and surg. Journal*, january.)

Ein Fall von Varioloïden mit partieller Encephalitis im Gefolge (Un cas de varioloïde suivi d'encéphalite partielle), par le docteur A. WOHLRAB, de Reichenbach. (*Archiv. der Heilkunde*, 1872, 6e livr.)

Ursachen des Abdominaltyphus (Étiologie de la fièvre typhoïde), par le professeur BIERMER, travail lu à la Société médicale de Zurich, séance du 4 novembre 1872. (*Compte rendu in Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 3.)

Considérations sur la fièvre typhoïde, clinique faite à l'hôpital de la Pitié. par M. T. GALLARD. (*Un. méd.*, 14 déc. et 24 déc. 1872, p. 915 et 961.)

Enteric fever (Fièvre typhoïde), par O'Farrell. (*Indian med. Gaz.*, de Calcutta, 1872.)

Typhoïd Fever in the native army (Fièvre typhoïde dans l'armée indigène), par R.-T. Lyons. (*Indian medic. Journ.*, jan.)

Report upon an outbreak of enteric fever on the village of Nunney, Somersetshire. (Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde dans le village de Nunney, du comté de Somerset), par Ballad. (*Med. Times and Gaz.*)

Abdominaltyphus als Komplikation eines hochgradigen Mitralklappenfehlers (Fièvre typhoïde compliquant une insuffisance mitrale), par le docteur Schuppel. — Observations recueillies à la clinique du professeur Jaksch, de Prague. (*Wiener mediz. Wochenschr.*, n° 41, octobre 1872.)

Sur la fièvre récurrente typhoïde, par le docteur T. Santapadre. (*Gazetta delle cliniche*, 18 février.)

Fièvre typhoïde à rechute ou récidives, par J. Lucas-Championnière. (*Journal de méd. et chir. pratiques.*)

Intestinal hœmorrhage in typhoïd fever (Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. — Revue critique des opinions émises sur ce sujet), par Ch. Parsons. (*The Boston med. and surg. Journal*, december 1872.)

Intussusception intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde. — Expulsion de la partie étranglée. — Guérison par le docteur Henri Pernet. (*Gazette des hôpitaux*, n° 29.)

Relatorio sobre a epidemia de typhos (Rapport sur une épidémie de typhus), par A. Lucio et Silva. (*Gaz. méd.*, de Lisbonne, janvier.)

Relapsing fever at Newcastle on Tyne, par Armstrong. (*Lancet*, 11 janv.)

D'una pretesa febbre miliarosa (Sur une prétendue fièvre miliaire), par G. Pinto. (Rome.)

Fièvres intermittentes pneumoniques, ou pneumonies pernicieuses, par MM. Fisseux, Lavit et Morely. (*Gazette des hôpitaux*, n°s 1, 7 et 19.)

Observations de forme continue des fièvres palustres, par M.-A. Esquive. (*Thèse de Paris*, n° 86.)

Cancer de l'estomac. — Généralisation; cancers secondaires dans le foie, les poumons, le cerveau; perforation du crâne, par M. Lagrange. (*Bull. de la Soc. anat.* 1872, 2e série, t. XVII, page 206.)

Péritonite ayant simulé un étranglement, par le docteur Ad. Henrot. (*Soc. méd. de Reims, bulletin n°* 7, p. 19.)

De la péritonite cancéreuse, par Galvaing. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 455.)

Obstruction intestinale par un amas de noyaux de cerises, par Dagand. (*Journal des connaiss. méd.*)

A colon strictured in the descending portion, par M. Dowre. (*Pathological Society. Lancet*, 18 janvier.)

Femme atteinte d'obstruction intestinale qui subit l'entérotomie et qui mourut 6 heures après. On trouva dans le colon descendant une tumeur carcinomateuse qui était cause des accidents.

Fatal case of intestinal obstruction (avec absence complète de rétrécissement ou de tumeur intra ou extra intestinale), par J. Thorowgood. Medical Society. (*Lancet*, 1er février.)

Enteritis with abscess of the umbilic (Entérite avec abcès de l'ombilic), par le docteur W.-H. Blackstock. (*The Canada Lancet*, janvier.)

Dysenterie, rothe Ruhr, ihr Wesen und ihre Behandlung. — Schneider. (Leipzig.)

As transmigraçoes parasitarias das tenias (Migrations et transformations du tænia), par A. Silva. (*Correio med.*, Lisbonne.)

La filaria medinensis. (*Correio medico de Lisboa*, 1er janvier.)

Untersuchungen üb. die Cholera in ihren Beziehungen zu Boden u. Grundwasser, zu socialen u. Bevölkerungsverhältnissen, etc.— Sander. (Cologne.)

Die Cholera Frage (La question du choléra), par le docteur Max de Pettenkofer. (Munich.)

An outbreak of cholera at Dehing-Mookh, in Assam (Une explosion de choléra à Dehing-Mookh, dans l'Assam, Inde anglaise), par J. White-Berry. (*Indian med. Gaz.*, Calcutta, 1872.)

Ueber eine Cholera-Epidemie an Bord des Auswandererschiffes Franziska, von Doktor Otto Kupfer, in Berlin. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. offent Sanitats.*, janvier.)

On some affections of the liver and intestinal canal with remarks on ague and its sequelae, scurvy, purpura (Sur quelques affections du foie et du canal intestinal, avec des remarques sur la fièvre intermittente et ses suites, le scorbut, le purpura), by Stephen Ward. (Philadelphia, 1872.)

Coliques hépatiques accompagnées de troubles profonds, par J. Gaube. (*Courrier méd.*)

Observation de colique hépatique, avec obstruction complète des voies biliaires, due à la présence de calculs ; guérison. — Lue à la Société méd. d'émulation, le 1er février 1873, par le docteur Philippe, médecin principal en retraite. (*Un. méd.*, n° 23, p. 276.)

A case of suppurating hydatid cyst of the liver ; puncture, recovery, par M. Withmore. (*Lancet*, 4 janvier.)

Case of abcess of liver opening into lung, and subsequently opened externally ; with successfull result (Abcès du foie communiquant avec le poumon, ouvert consécutivement à l'extérieur ; terminaison favorable), par Stephen-H. Ward. (*The Lancet*, 25 janvier, t. I, p. 126.)

Storia di un cancro epatico narrata (Observation d'un cancer du foie), par A. Feroci. (*Raccoglitore med. de Forli.*)

Acute yellow atrophy of the liver, abortion, and *post mortem* examination of mother and fœtus (Atrophie jaune aiguë du foie, avortement provoqué et autopsie de la mère et de l'enfant), par Ogston. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier.)

Ictère grave. — Mort le troisième jour de l'entrée à l'hôpital, après dix-neuf heures de convulsions tétaniques. — Atrophie graisseuse du foie. — Dégénérescence graisseuse des reins, par Morand. (*Gazette des hôpitaux*, nos 20 et 21.)

A practical treatise on Bright's disease of the kidneys, by Grainger-Stewart. (2e edit., New-York, 1872.)

Plusieurs cas de néphrite catarrhale *a frigore*, par M. Béhier. (*Gazette des hôpitaux*, n° 31.)

On trouve dans cet article l'analyse de plusieurs observations importantes.

Anasarque sans albuminurie. — Soupçons d'hydropéricarde. — Phthisie pulmonaire, hydronéphrose considérable. — Destruction complète du rein gauche. (Clinique de Gairdner). (*The Glasgow medical Journal*, november 1872.)

Tubercular disease of the urinary mucous membrane (Tuberculisation de la muqueuse des voies urinaires), by M. Thomas Smith. (*Saint-Bartholomew's Reports*, t. III, p. 95.)

Notes and observations on diseases of the heart and lungs (Notes et observations sur les maladies du cœur et des poumons), par T. Shapter. (*Brit. med. Journal*, 25 janvier.)

Ulcerazione della laringe seguita da morte (Ulcération du larynx suivie de mort), par G.-B. Rapallo. (*Nuova ligur. med.*, Gênes, 1872.)

De l'habitus phthisique, par Alfred Vosy. (*Thèse de Paris*, 26 nov. 1872.)

La thermométrie appliquée à la phthisie pulmonaire, par van Holsbeck. (*Scalpel de Liége.*)

Des hémoptysies congestionnelles par rapport à la tuberculisation et à la phthisie pulmonaire, par le docteur Trastour.

Die Ursache der chronischen Lungenschwindsucht (Cause de la phthisie pulmonaire chronique), par le docteur Springmuhl. (Bâle.)

Das eigentliche erste Stadium der Schwindsucht, Dobell. (2e édit., Bâle.)

On the principal varieties of pulmonary consumption (Sur les principales variétés de la phthisie pulmonaire), par R. Douglas-Powell. (Londres, 1872.)

Des diverses formes de la phthisie pulmonaire, par le docteur C. Zuratelli. (*Annali universali di medicina*, décembre 1872.)

Pleurésie, pneumonie caséeuse généralisée ; cavernes ; pleurésie sèche ; granulations tuberculeuses pulmonaires, sous-pleurales, péritonéales, avec ulcérations intestinales d'origine tuberculeuse, par M. Grancher. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 238.)

Étude sur la phthisie diabétique, par E. Bertail. (*Thèse de Paris*, n° 87.)

Contribution à l'étude clinique de la tuberculose aiguë, par M. Laveran. (*Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, p. 1.)

The various modes of contraction of cavities in phthisis and their results (Des différents modes de retrait des cavernes et leurs résultats cliniques), par T. Williams. Medical Society. (*Lancet*, 1er février.)

Table of deaths by phthisis (Table des morts causées par la phthisie, à New-York), par Chas.-P. Russel. (*The med. Record. New-York*, 15 février, p. 93.)

Sudden death from general coagulation of the blood (Mort subite par suite d'une coagulation générale du sang chez un tuberculeux), par Hayden. (*Brit. med. Journ.*, 18 février.)

A new method of intensying cardiac murmurs (Nouvelle methode pour rendre les bruits du cœur plus intenses à l'auscultation), par le docteur Poore. Clinical Society of London. (*Lancet*, 28 déc. 1872.)

Péricardite tuberculeuse avec épanchement. — Absence de frottement, malgré l'existence d'exsudats pseudo-membraneux. — Voussure de la région précordiale. — Epanchement pleural gauche consécutif. — Suppression pres-

que complète du pouls radial. — Absence d'orthopnée jusqu'au moment de l'épanchement pleural. — Anasarque. — Tentatives infructueuses de ponction du péricarde. (Clinique du docteur GAIRDNER.) (*The Glasgow medical Journal*, november 1872.)

Traumatic pericarditis. — Medical Soc. of London. — Docteur FARQUHARSON. (*The Lancet*, 11 janv., t. I, p. 52.)

Endocardite ulcéreuse, anévrysme d'une sigmoïde et de la paroi interventriculaire ; myocardite ; mort, par M. CAUBET. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série. t. XVII, p. 144.)

Ein Fal von Endocarditis ulcerosa puerperalis mit Pilzbildungen im Herzen. — Mycosis endocardii (Sur un cas d'endocardite ulcéreuse, puerpérale, avec formation de champignons dans le cœur), par V. HJALMAR-HEIBERG, professeur d'anat. pathologique à Christiania. (*Archiv. f. path., Anat.* V. LVI, l. 3.)

Anévrysme de la valvule mitrale ; souffle d'insuffisance ; infarctus rénaux, par M. BOUILLY. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 287.)

Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral ; rétrécissement sous-aortique ; persistance du trou de Botal, par M. CHOUPPE. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 295.)

Extreme contraction of the tricuspid and mitral orifices unattended by presystolic murmur (Rétrécissement considérable des *deux* orifices auriculo-ventriculaires ; pas de souffle présystolique), par le docteur CRYAN. Soc. pathol. de Dublin. (*The Dublin Journal of med sc.*, january.)

Hypertrophie du cœur gauche ; endocardite noueuse de l'aorte ; invasion du tronc brachio-céphalique ; obstruction de la carotide primitive et de la sous-clavière droite ; ancien foyer de ramollissement dans le corps strié gauche ; mort subite, par M. LANDOUZY. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 254.)

Two cases of aneurism of the heart (Deux cas d'anévrysme du cœur), par ABBOT. (*The Boston med. and surg. Journal*, december 1872.)

Battements hépatiques ; dilatation du ventricule et de l'oreillette droite, de la veine cave inférieure, des veines sus-hépatiques ; insuffisance tricuspide, par M. LIOUVILLE. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 233.)

Anévrysme de l'aorte thoracique ; rupture dans la plèvre gauche ; mort subite, par M. LANDOUZY. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 169.)

Sur quelques cas d'anévrysme de l'aorte thoracique observés jusqu'en 1870, par le docteur L. CINISELLI. (*Il Galvani*, janvier.)

Observation d'anévrysme de l'aorte abdominale, par le docteur H. HENROT. (*Soc. méd. de Reims, Bull.* n° 9, p. 71.)

Aneurysma des Truncus anonymus. — Communication du docteur KOHTS, assistant du professeur LEYDEN, à Strasbourg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n°s 1 et 2.)

The origin and signification of the symptoms of brain diseases (Origine et signification des symptômes des maladies du cerveau), par BROWN-SÉQUARD. (*The Boston surg. and med. Journal*, december 1872.)

Ophthalmoscopie médicale. — Revue cérébroscopique pendant l'année 1872, par M. BOUCHUT. (*Gazette des hôpitaux*, n°s 26 et 27.)

Méninges (pathologie), par le docteur ARCHAMBAULT, et Méningite, par le docteur A. LAVERAN. (*Dict. encycl. de sc. méd.*, 2e série, t. VI. Paris, G. Masson et P. Asselin, 1873.)

Méningite aiguë suppurée; mort, par M. RENDU. (*Bull. de la Soc. anat.* XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 157.)

Meningitis (Méningite tuberculeuse ayant présenté quelques difficultés de diagnostic), par le docteur MAC-SWINEY. Soc. path. de Dublin. (*The Dublin Journal of med. sc.*, december 1872.)

Meningite tubercolosa; rammollimento e tumore al lobo mediano del cervelletto; sintomi agli organi genitali (Méningite tuberculeuse; ramollissement et tumeur du lobe cérébelleux médian; symptômes du côté des organes génitaux), par P. ALBERTONI. (*Gaz. méd. ital. lomb.*)

Observation d'un cas de méningite cérébro-spinale chez une vieille femme. — Observation prise par M. le docteur VERGELY, de Bordeaux, dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière. (*Bordeaux médical*, n° 3.)

Cas de pachyméningite. — Leçon par le professeur BÉHIER, recueillie par MM. LIOUVILLE et STRAUS. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, n° 10.)

Diagnostic du siége d'une hémorrhagie de la protubérance par l'application de la physiologie expérimentale, par H. LIOUVILLE. (*Gazette des hôpitaux.*)
Il y avait du sucre et de l'albumine dans les urines.

Anévrysme artériel de la base du cerveau; rupture; épanchement sanguin dans le ventricule moyen; mort, par V. HANOT. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 257.)

Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales. A. HURET. (*Thèse de Paris.*)

A case of red softening of the brain (Cas de ramollissement rouge du cerveau), par BEALE-KUYS, College hospital. (*Lancet*, 18 janvier.)

Aphasie peu commune.— Amélioration voisine de la guérison, par M. JOUGLA. (*Gazette des hôpitaux*, nos du 24 décembre 1872 et du 11 mars.)

Alcune osservazioni cliniche ed anatomiche di maletti cerebrali (Quelques observations cliniques et anatomiques de maladies cérébrales) par F. ORSI. (*Gaz. med. ital. lomb. de Milan*, 1872.)

Aphasia (aphasie) par LYMAN. (*Med. Examiner de Chicago.*)

Hémiplégie à droite; aphasie; mort.— Autopsie: sarcomes névrogliques du cerveau; sarcomes encéphaloïdes du poumon, de l'utérus et de la vessie, par M. ROSAPELLY. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 159.)

Carcinome du cerveau développé après l'extirpation du cancer du sein et cicatrisation complète, par M. REY. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 213.)

Sarcome névroglique des deux hémisphères cérébraux; attaque brusque d'apoplexie; hémiplégie consécutive quelques jours avant la mort, par M. TROISIER. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 320.)

Observation d'abcès du cervelet, par M. KUMS. (*Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, oct. 1872, p. 591.)

Un cas de sclérose partielle du cerveau, par le docteur T. TILING. (*Saint-Petersburger Medicinische Zeitschrift*, t. II, part. 2, 1872.)

Casuistischer Beitrag zur multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmark (Observations de sclérose en plaques disséminées), par Otto. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, X^e vol., 6e partie.)

Considérations sur la scrofule cérébrale, par Isaac et Demeules. (*Marseille médical.*)

Mort instantanée d'un vieillard de 76 ans qui, depuis quatre ans, avait eu plusieurs attaques apoplectiques. — Autopsie : absence de toute lésion grave et récente dans l'encéphale, le cœur, le poumon ; fracture de l'apophyse odontoïde, par M. Foville. (*Gazette des hôpitaux*, n° 29, et *Société de médecine de Paris*, 19 juill. 1872.)

Dans la discussion qui suivit la communication de M. Foville, M. Perrin a demandé s'il ne s'agirait pas d'une fracture faite pendant l'autopsie. M. Foville ne le pense pas.

De l'abaissement de température consécutif à un ébranlement subit du système nerveux, par Charcot. (*Gazette médicale*, 14 déc. 1872 ; *Société de biologie*, septembre 1871.)

Le nervosisme et les affections nerveuses fonctionnelles, par Borel. (Neuchâtel.)

L'eretismo nervoso prolusione al corso di clinica medica dell'anno scolastico (L'éréthisme nerveux, introduction au cours de clinique médicale de l'année scolaire 1872-1873), par A. Cantani. (*Il Morgagni*, de Naples.)

De la névropathie cardiaque, par E. Conraud. (*Thèse de Paris.*)

Hystéro-épilepsie, par M. Sée. (*Gazette des hôpitaux*, n° 28.)

Pour M. Sée, il n'y a pas d'hystéro-épilepsie, mais soit de l'hystérie, soit de l'épilepsie.

Case of priapism lasting six weeks ; recovery (Cas de priapisme ayant duré six semaines ; guérison). — Charing-Cross hospital. — Docteur Hird. (*The Lancet*, 18 janvier, t. I, p. 90.)

Case of hydrophobia, par T. Partridge. — 323 jours d'incubation ; *mordu* avec plusieurs autres personnes, et *seule* victime. (*Brit. med. Journ.*, 8 février.)

Emiatrophia faciale progressiva o trofonevrosi di Romberg (Hémiatrophie faciale progressive ou trophonévrose de Romberg), par le professeur Tanturri, avec une planche. (*Il Morgagni*, de Naples, fasc. 11 et 12, 1872.)

Du goître exophthalmique, par M. Ball. — Leçon recueillie par H. Liouville. (*Gazette des hôpitaux*, n°s 14 et 15.)

Spasme musculaire périphérique, marche extensive, par A. Ferrand. (*Union méd.*)

Die Lähmung des nervus thoracicus longus. Lähmung des musc. serratus anticus major (Paralysie du grand dentelé), von Oscar Berger. (Breslau.)

Eigenthümliche Sprachkrämpfe (Sur un cas de crampes accompagnant la parole), par Moelli, cand. méd. à Leipzig. (*Archiv. der Heilkunde*, 1re livr.)

Sulla balbuzie. Patologia (Du bégaiement), par R. Coen. (*Il Morgagni*, de Naples, 10e fasc.)

Sueurs locales. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n°s 9 et 10.)

Etude sur le catarrhe spasmodique d'été, dit catarrhe de foin, par VILLEMSENS. (*Thèse inaugurale de Paris* 1872, n° 494.)

Pleurésie purulente. Ouverture externe spontanée, canule à demeure, injections, guérison, par le docteur RUAUX, de Chalais (Charente). (*Bordeaux médical*, n° 1.)

Empyema of the right side; paracentesis thoracis; relief; Saint-Bartholomews hospital, par M. HARRIS. (*Lancet*, 4 janvier.)

1° Empyema of the left side, pointing in the left lumbar region; recovery with fistulous opening. — 2° Empyema of the left chest, passing downwards behind the left internal arched ligament into the left psoas muscle, and thence into the vertebral canal; deposition of lymph or pus upon the posterior surface of the theca vertebralis; encysted diaphragmatic empyema on the right side (1° Empyème du côté gauche, ouvert à la région lombaire; guérison avec trajet fistuleux. — 2° Empyème du côté gauche, passant derrière le ligament cintré du diaphragme dans le muscle psoas du côté gauche et de là dans le canal vertébral; dépôt de lymphe ou de pus sur la face postérieure de la dure-mère jusqu'au renflement brachial; du côté droit, empyème enkysté au niveau du diaphragme), par A. WYNNE-FOOT. (*The Dublin Journal of med. sc.*, january.)

Sur la cause de l'élévation de température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë, et auxquels on vient de pratiquer la thoracentèse, par M. A. LABOULBÈNE. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 17 fév.)

L'élévation de température centrale reconnaît pour cause *le retour à l'état fonctionnel normal du poumon auparavant refoulé par l'épanchement*. Ses phases suivent rigoureusement celles du rétablissement graduel des organes respiratoires.

Deux complications rares de la pleurésie aiguë (péritonite et apoplexie), par le docteur C. VAUTRIN. (*Thèse de Paris*, n° 492, 1872.)

De la mort subite dans la pleurésie, par J. GRANDGURY. (*Thèse inaugurale*, n° 472, 1872.)

Encysted pleuresy (Pleurésie enkystée prise d'abord pour une fièvre continue), par A.-W. FOOT. Soc. path. de Dublin. (*The Dublin Journal of med. sc.*, decembre 1872.)

Épanchement enkysté de la plèvre simulant dans sa marche et ses symptômes une caverne du poumon; autopsie. — Observation par M. T. FRANCK, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. (*Bordeaux médical*, n° 1.)

A cancerous growth in the antrum mediastinum (Tumeur cancéreuse du médiastin antérieur chez un jeune homme de 28 ans), par RANSOM. (*Brit. med. Journal*, 22 février.)

Phthisis simulated by pneumonia of the upper lobes; diagnosis discussed (Phthisie simulée par une pneumonie des sommets, diagnostic différentiel), par J. KELLY. (*Indian med. Gaz.*, Calcutta, 1872.)

Une épidémie de scorbut observée pendant le siége de Paris, par le docteur E. ROCHE. (*Thèse de Paris*, n° 498, 1872.)

Gangrène spontanée, deux cas, par HEULHARD. (*Courrier médical.*)

Notice sur l'hypertrophie des amygdales et son traitement, par HÉRY. (Laon.)

Rhumatisme articulaire aigu survenu dans le cours d'une blennorrhagie;

endopéricardite consécutive ; épanchement pleurétique ; thoracentèse ; guérison, par le docteur MEYNET, médecin de la Charité. (*Lyon méd.*, n° 2, 1873, p. 90.)

Report on the epidemic of dengue in the Dacca district, 1872 (Relation d'une épidémie de dengue), par J. WISE, M. D. (*Indian medical Journal*, janvier.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

ANALYSES.

On Endometritis (De la métrite interne), par LOMBE ATTHILL. (*The Dublin journal of med. sc., january* 1873.)

Dans ce mémoire, lu à la Société obstétricale de Dublin, l'auteur décrit sous le nom d'endométrite une inflammation chronique de la muqueuse du corps de l'utérus, caractérisée par une congestion vasculaire et une altération des glandes. — Il l'a rencontrée quelquefois chez des femmes nullipares, une fois même sur une vierge, mais beaucoup plus souvent après un accouchement. Il distingue à cette affection deux périodes : dans une première, le corps de l'utérus est augmenté par le fait du gonflement de la muqueuse et aussi par suite de l'épaississement de la couche musculeuse; à une seconde période, cette couche est amincie; la muqueuse est molle, spongieuse, granuleuse et la cavité utérine est le plus souvent dilatée. L'écoulement est d'abord pâle, inodore, puis à la seconde période souvent sanguinolent, couleur de rouille, quelquefois purulent. Caractérisée, en outre, par des douleurs, des troubles de la menstruation et en particulier par des ménorrhagies qui sont souvent le symptôme prédominant, amenant aussi des troubles sympathiques du côté de la vessie, de l'estomac, etc., la métrite interne se reconnaît aux signes suivants : le corps de l'utérus est augmenté de volume et le fond est facilement trouvé au-dessus du pubis; la cavité est dilatée ainsi qu'on le reconnaît par le cathétérisme. L'orifice interne étant toujours entr'ouvert, la sonde pénètre sans la moindre difficulté, mais détermine souvent une douleur qui n'existe point dans les cas d'intégrité du corps de l'utérus. Cette exploration doit d'ailleurs être faite avec ménagement.

Les émissions sanguines locales soulagent beaucoup les malades. — On peut employer les sangsues sur le col, mais comme on a vu une sangsue pénétrer dans la cavité de l'utérus, il vaut mieux faire

des scarifications sur le col. Ce n'est du reste qu'un moyen adjuvant; il faut ensuite agir directement sur la muqueuse. Or, les injections intra-utérines sont loin d'être toujours inoffensives; l'introduction dans la cavité de l'utérus d'un morceau de caustique solide donne de bons résultats; mais le meilleur moyen consiste à appliquer directement sur la muqueuse des caustiques liquides tel que l'acide nitrique fumant ou le nitrate acide de mercure. Pour faciliter cette manœuvre, le docteur Atthill a fait construire un petit *spéculum intra-utérin*, paraissant, d'après le dessin qu'il en donne, assez analogue au spéculum Cusco, et qui est destiné à dilater le col. Il rapporte en détail trois cas d'endométrite traités avec succès par ce moyen.

Faite avec précaution, l'application d'acide nitrique sur la muqueuse utérine n'a jamais déterminé d'accidents, ni même de douleur; et elle a toujours donné de bons résultats. — Du reste on doit toujours la réserver pour les cas dans lesquels il y a des hémorrhagies, un écoulement purulent ou muqueux très-abondant, et pour ceux dans lesquels les autres moyens ont échoué. Si l'acide nitrique est inoffensif, on ne pourrait en dire autant du perchlorure de fer; car, appliqué sur la muqueuse du col, il a dans un cas amené un phlegmon pelvien.

Plusieurs membres de la Société (Churchill, Ringland, Denham, James Little, Kidd, Byrne et Evory Kennedy) attestent aussi l'innocuité absolue de l'acide nitrique appliqué sur la muqueuse du corps de l'utérus. Les adhérences ne sont point à craindre dans ces cas, mais seulement lorsque l'on agit sur la muqueuse du col.

Le docteur Atthill avait attribué à Kidd la première idée de ce mode de traitement. Sur une réclamation de priorité, Kidd répond que c'est, en effet, sur la proposition de Ringland qu'il l'a appliqué pour la première fois, mais Denham l'a vu employer il y a vingt-cinq ans par Kennedy, et Ambroise Paré le proposait déjà pour les végétations de l'intérieur de l'utérus; ce qui prouve une fois de plus, dit Kidd, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

A. SEVESTRE.

On ovariotomy, by Marion SIMS. (*New-York medical Journal, décembre* 1872, *p.* 561.)

Avant d'exposer les idées nouvelles qui font le sujet de son mémoire, l'auteur fait une revue critique des progrès de l'ovariotomie depuis dix ans. Suivant lui, ces progrès se réduisent à peu de chose et la proportion des succès n'est guère plus grande aujourd'hui que celle obtenue par les premiers opérateurs.

Le précepte généralement adopté de fixer le pédicule au dehors,

précepte dont la pratique de Spencer Wells, de Baker Brown et de Kœberlé a rendu l'application générale, ne compte guère plus de succès que les autres méthodes. Le principal avantage de ce procédé, d'après Marion Sims, c'est que, pendant les efforts de vomissement, le pédicule peut servir de conducteur aux fluides toxiques contenus dans la cavité péritonéale.

Suivant lui, le clamp a vu ses plus beaux jours, et soit que l'on rattache le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, soit qu'on le coupe au ras d'une ligature en l'abandonnant librement dans la cavité péritonéale que l'on referme sur lui, on obtient à peu près les mêmes résultats.

Depuis vingt ans Marion Sims a adopté le précepte de lier le pédicule avec un fil d'argent. Quand il est étroit, il le traverse d'un fil double dont chacune des anses est fortement tordue sur une moitié du pédicule. S'il est étroit, il le fragmente en un nombre suffisant de parties dont chacune est assujettie à l'aide d'un fil métallique. Il rappelle aussi que la section par l'écraseur a donné quelques succès. Suivant lui, d'ici peu de temps tous ces procédés céderont le pas à la torsion des artères ou à leur oblitération par l'énucléation du pédicule d'avec les tuniques du kyste.

On pourrait résumer tout ce qui a été écrit sur l'ovariotomie en disant que, depuis Mc. Dowell, tous les efforts des chirurgiens se sont concentrés sur le pédicule, dont on a fait dépendre tous les dangers. C'est accorder à la question du pédicule beaucoup plus d'importance qu'elle n'en mérite réellement, et, si l'on veut diminuer la mortalité, c'est dans une autre direction que l'on doit porter ses vues.

L'idée nouvelle qui fait la base de ce mémoire, c'est que la cause principale de la mort après l'ovariotomie n'est ni l'hémorrhagie ni la péritonite. Des idées préconçues et des statistiques faites sans autopsies ont seules pu propager cette erreur. D'après Marion Sims, c'est la septicémie qui est la grande cause de la mortalité. Il a vu, dit-il, sept autopsies, et dans toutes on a trouvé dans la cavité péritonéale un fluide grisâtre trouble ou séro-sanguinolent dont la quantité variait de quelques onces à plusieurs pintes, et cela sans signes de péritonite généralisée. Ce liquide se rencontre surtout dans le cas où l'on a dû détruire de nombreuses adhérences, et l'on sait combien celles-ci augmentent les dangers de l'opération. A l'appui de son idée, l'auteur reprend en détail les trente-neuf cas de terminaison fatale de la statistique de Spencer Wells et entreprend de démontrer qu'ils viennent à l'appui de sa manière de voir. En discutant les observations et les autopsies, il arrive, contrairement à Spencer Wells, à cette conclusion que, dans aucun cas, la mort n'a été le résultat d'une péritonite. Suivant lui, il y a eu deux cas de tétanos, trois de pyohémie et trente-quatre de septicémie. D'où cette conséquence, que la première condition de succès, c'est

d'évacuer au dehors les liquides morbides épanchés dans le péritoine.

Sans doute l'idée n'est pas entièrement nouvelle. Mc. Dowell, Clay, Peaslee, Spencer Wells, Kœberlé et d'autres l'ont mise en pratique plusieurs fois, mais d'une manière fortuite et exceptionnelle; personne n'a fait de ce principe une loi.

Dans le même ordre d'idées, Marion Sims analyse sept observations dues à Peaslee et dans lesquelles l'emploi d'injections intra-péritonéales à l'acide phénique et au chlorure de soude ont prévenu ou arrêté le développement de la septicémie.

Cette médication constitue, d'après lui, un très-grand progrès; mais il vaut mieux encore vulgariser l'emploi d'une méthode à laquelle Peaslee a eu recours dans quelques cas et qui est la perforation du cul-de-sac de Douglas.

Rien n'est plus simple à faire pendant l'opération de l'ovariotomie, et cette modification n'aggrave en aucune manière les dangers de l'opération.

Bien que ce procédé soit surtout indiqué dans le cas d'adhérences, comme même en leur absence une sécrétion morbide abondante peut se faire dans le péritoine, il est toujours bon d'y avoir recours.

Il suffit ensuite de maintenir dans l'ouverture un tube d'un certain calibre. De cette manière on obtient l'évacuation complète et incessante des fluides accumulés dans le péritoine, et l'on peut au besoin, à l'aide d'injections faites par ce tube, combattre la septicémie.

Depuis mai 1872, l'auteur a appliqué quatre fois cette méthode et elle lui a, dit-il, dans des cas presque désespérés, rendu les plus grands services. H. DANLOS.

Hystérotomie.

De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Etude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération, par J. PÉAN et URDY. (*Paris, Adrien Delahaye* 1873, *in*-8°, 228 *pages, avec* 25 *fig. dans le texte et* 4 *planches.*)

Si l'on ne tient pas compte des cas assez nombreux dans lesquels des chirurgiens, après avoir incisé la paroi abdominale, croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire, se sont trouvés en présence de tumeurs fibreuses de l'utérus, et ont laissé l'opération inachevée, on peut dire, avec les auteurs de l'ouvrage que nous analysons, que Clay (de Manchester) a pratiqué, en août 1843, la première ablation d'une tumeur fibreuse de l'utérus, et que Burnham et

Kimball, chirurgiens américains, ont obtenu les deux premiers succès.

La thèse de Caternault (Strasbourg, 1866) a fait connaître les opérations de Kœberlé qui paraît être le premier à avoir tenté, de propos délibéré, la gastrotomie pour cette espèce de tumeurs. Dès 1863, Kœberlé publiait un succès obtenu par une opération de ce genre (*Gaz. méd. de Strasbourg*, oct. 1863).

M. Péan, de 1869 à 1872, a pratiqué neuf fois l'hystérotomie pour des tumeurs fibreuses et a obtenu sept guérisons, soit une proportion de 78 pour 100.

S'appuyant sur ces succès, il pense que la gastrotomie, dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, est une opération devant laquelle la chirurgie ne doit plus reculer aujourd'hui, malgré l'opinion contraire d'un certain nombre d'auteurs.

Reprenant toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, MM. Péan et Urdy arrivent à un total de quarante-quatre opérations sur lesquelles on compte quatorze guérisons, soit une proportion de 31,82 pour 100. Dans les cas qui se sont terminés par la mort, celle-ci a été due à une hémorrhagie trois fois ; au choc, six fois ; à une péritonite, cinq fois.

En somme, *l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus ne donne pas une statistique beaucoup plus défavorable que celle des kystes adhérents de l'ovaire.*

Les auteurs, recherchant quels sont les cas qui peuvent nécessiter l'excision partielle ou l'ablation totale de l'utérus, rejettent l'opération pour le prolapsus ou l'inversion et pour le cancer.

Les *tumeurs fibreuses* opérables par la gastrotomie peuvent se diviser en tumeurs *sous-péritonéales* (péri-utérines de Kœberlé) et *interstitielles* ou intra-utérines.

Cinq observations très-détaillées d'opérations pratiquées pour enlever ces tumeurs sont précédées d'une étude rapide de leurs principaux caractères.

Les *tumeurs fibro-cystiques* forment la seconde classe de tumeurs opérables par la gastrotomie. De ces tumeurs, les unes répondent à la description que J. Cruveilhier en a donnée, sous le nom de *corps fibreux à géodes ;* d'autres sont formées par des *kystes surajoutés* à des corps fibreux (tumeurs fibro-cystiques proprement dites) ; d'autres enfin sont de véritables *kystes de l'utérus.*

Les modifications subies par l'utérus et les autres organes, la pathogénie, l'étiologie, la symptomatologie et la marche de ces tumeurs sont l'objet de paragraphes spéciaux.

Pour le *diagnostic*, dont la difficulté ne peut être dissimulée, il y a trois questions principales à résoudre : 1° n'y a-t-il pas *grossesse?* 2° ne s'agit-il pas d'une *tumeur maligne?* 3° quel est le *point de départ* de la tumeur, lorsque la nature de celle-ci a été reconnue ?

L'existence des adhérences devient très-probable, lorsque la tumeur est ancienne, lorsqu'elle a été ponctionnée, et lorsqu'elle est assez volumineuse pour exercer une pression habituelle contre les parois abdominales.

Aux quatre observations de tumeurs fibro-cystiques enlevées par M. Péan, succède la relation de dix observations empruntées à Atlee, Fletcher, Baker Brown, Hakes, Spencer Wells, Kœberlé, Storer, Demarquay.

Le *manuel opératoire* est évidemment la partie capitale de la question de l'hystérotomie.

L'opération exige un *traitement préparatoire* consistant habituellement dans l'administration de purgatifs légers (huile de ricin), pendant plusieurs jours, pour éviter la distension gazeuse de l'intestin.

L'*anesthésie* doit toujours être employée. M. Péan qui s'est servi plusieurs fois du bichlorure de méthylène, n'en a pas retiré les avantages que les chirurgiens anglais attribuent à cet anesthésique.

L'*opération* elle-même comprend cinq temps. Pour la pratiquer, M. Péan se sert d'une table spéciale dont la disposition est représentée dans une des planches qui accompagnent son travail.

Le *premier temps* est la section de la paroi abdominale; il se pratique comme pour l'ovariotomie.

Le *second temps* ou réduction du volume de la tumeur exige quelquefois le *morcellement* de son tissu à l'aide d'un écraseur particulier.

Pour le *troisième temps*, qui comprend la *rupture des adhérences* et l'*extraction* de la tumeur, certains instruments spéciaux, tels que la pince-ligateur de Cintrat, le clamp de Baker Brown modifié, le rétracteur des parois, la pince à arrêt et à pointes facilitent beaucoup l'opération.

Le *quatrième temps* est le plus important. Il comprend la fixation et la ligature du pédicule et l'excision de la tumeur.

Si le pédicule est mince, le chirurgien agit comme dans le cas d'un kyste de l'ovaire. S'il est volumineux, si la tumeur est largement implantée, c'est à l'*amputation sus-vaginale* de l'utérus qu'il faut recourir. Dans ce cas, le col est traversé par des aiguilles et la section en est pratiquée à l'aide du ligateur serre-nœud de Cintrat; puis le pédicule est fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Enfin, il peut arriver que le *col lui-même doive être enlevé*. On ne peut alors constituer un pédicule et le fixer dans la plaie, comme dans le cas précédent. Il faut laisser le serre-nœud au fond de la plaie et prévenir par des lavages la rétention de la suppuration.

Le *cinquième temps* est constitué par la *toilette du péritoine* et la *suture de la paroi*. M. Péan applique d'ordinaire une suture pro-

fonde et une suture superficielle pour réunir les lèvres de l'incision abdominale.

Les *complications* signalées le plus souvent pendant l'opération sont les *vomissements*, la *hernie de l'intestin* et les *hémorrhagies*.

Les *soins consécutifs* exigent, comme on peut aisément le supposer, la plus rigoureuse surveillance de la part du chirurgien et des personnes préposées à la garde de l'opérée.

E. DELENS.

Du catarrhe utérin dans les pelvi-péritonites et de son traitement, par L. PIOTROSWKI. *(Thèse de doctorat, Paris 1872.)*

Dans cette étude, faite surtout au point de vue pratique, l'auteur examine successivement et dans deux chapitres distincts :

1° Les rapports du catarrhe utérin avec la pelvi-péritonite;

2° Les conséquences qui en découlent au point de vue du traitement.

Il s'appuie pour cela sur un certain nombre de faits qu'il a recueillis dans le service de M. le docteur Bernutz. Il admet tout d'abord qu'en règle générale le catarrhe utérin, la métrite du corps ou du col de l'utérus préexistent à l'inflammation de la séreuse pelvienne, si l'on en excepte les pelvi-péritonites qui surviennent après l'accouchement ou après l'avortement.

Après avoir établi l'influence réciproque du catarrhe utérin et de la pelvi-péritonite aiguë, il examine l'inflammation chronique et cherche à démontrer la vérité de la proposition suivante :

Si l'on en excepte la pelvi-péritonite chronique d'origine tuberculeuse, la coïncidence du catarrhe utérin avec la pelvi-péritonite est la règle, la non-coïncidence, l'exception. Dans son second chapitre consacré au traitement, il s'élève avec raison contre l'abus que l'on est trop porté à faire des cautérisations dans le catarrhe utérin, sans s'assurer auparavant s'il n'est pas accompagné de complications qui en contreindiquent l'emploi. C'est ainsi que des femmes soumises à ce traitement, aussi dangereux qu'intempestif, traînent pendant des mois entiers, passant successivement de la maladie à un bien-être relatif, sans jamais être complétement délivrées de leurs pertes ni de leurs douleurs.

Voici le traitement qu'il conseille en pareils cas :

1° Tant que la pelvi-péritonite est à l'état aigu, elle doit seule fournir toutes les indications thérapeutiques;

2° Lorsque les accidents aigus sont passés, et que tout porte à supposer que le processus inflammatoire est à peu près éteint dans la séreuse pelvienne, ce n'est qu'avec la plus grande prudence, et pour ainsi dire en tâtonnant, qu'on doit s'attaquer directement au catarrhe utérin, sans quoi l'on s'expose à provoquer une recrudes-

cence de la pelvi-péritonite qui augmentera la durée de la maladie. L'observation (IX) rapportée par M. Piotrowski montre les dangers d'une intervention trop hâtive.

Ces contre-indications posées, il divise en deux catégories les divers moyens de traitement qui lui ont paru le plus avantageux :

1° Ceux qui sont toujours innocents, mais peu ou point efficaces (injections émollientes ou astringentes, sachets médicamenteux, tampons de ouate imbibés de glycérine, de tannin, etc.) ;

2° Ceux dont l'efficacité est réelle, mais dont l'emploi inconsidéré peut être dangereux (caustiques solides ou liquides, cautère actuel, etc.).

Ces derniers agents doivent être rigoureusement proscrits, tant que l'inflammation est à l'état aigu ou subaigu. Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie a passé à l'état chronique.

L'auteur établit dans ce dernier cas une distinction qui nous paraît être de la plus haute importance : « Le traitement, dit-il, doit varier suivant qu'il y a ou non de la douleur ou de la sensibilité à la pression dans l'un des culs-de-sac, ou bien selon que la tuméfaction est à peu près complétement ou tout à fait indolente.

« Dans le premier cas, les cautérisations sur le col avec les solutions de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent, le badigeonnage du col avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, peuvent être employés sans inconvénient. »

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la pelvi-péritonite s'est complétement terminée, soit par résolution, soit par induration, et que toute douleur et toute sensibilité ont disparu dans les culs-de-sac vaginaux minutieusement explorés, le premier moyen recommandé par M. Piotrowski est le crayon de tannin employé déjà avec succès par Becquerel. L'action astringente du tannin, en modifiant la muqueuse utérine, tarit assez rapidement la sécrétion muco-purulente, mais, pour assurer le succès de la cure, on doit en continuer l'usage pendant une dizaine de jours après que l'écoulement a cessé. F. L.-L.

I. — *a*) **Ueber Versionen und Flexionen, speciell über die mechanische Behandlung der Rückwærtslagerungen der Gebærmutter (Des versions et flexions utérines, et particulièrement du traitement mécanique des déviations de la matrice en arrière), par S. SCHULTZE.** (*Archiv für Gynækologie*, 1872, *tome IV, fasc.* 3.)

—(*b*)**Ueber die Lageveræn derungen der Gebærmutter (Des déviations utérines), par S. SCHULTZE.** (*Sammlung klinischer Vortræge, von Volkmann*, 1873, *n°* 50.)

II.—Ueber Ætiologie und intrauterine Behandlung der Deviationen des Uterus nach vorne und hinten (De l'étiologie et du traitement intra-utérin des déviations de la matrice en avant et en arrière), par K. SCHRŒDER. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1872, *nos* 40, 41 *et* 42.)

III.—Praktisches und statisches zur intrauterinen Behandlung (Du traitement intra-utérin, au point de vue pratique et de la statistique), par R. OLSHAUSEN. (*Archiv für Gynækologie*, 1872, *tome IV*, *fasc.* 3.)

Il nous semble intéressant de rapprocher sur les déviations utérines ces trois études, parues presque en même temps.

Les contradictions existantes sur plusieurs points entre *Schultze*, *Olshausen* et *Schrœder*, frapperont facilement l'esprit du lecteur; elles lui prouveront, une fois de plus, l'obscurité régnant encore sur cette difficile question, qui, cependant, a donné lieu à des travaux si nombreux et si importants.

I. — Quelle est d'abord la situation normale de l'utérus dans le petit bassin? L'auteur n'admet pas la description de *Claudius* (1) qui représente la matrice en rapport par sa face postérieure avec le rectum et la paroi du bassin; suivant lui, lorsque le rectum et la vessie sont à l'état de vacuité, l'utérus est fortement en antéversion; dans les cas où le tissu utérin est mou et peu résistant, on observe, en outre, un certain degré d'antéflexion. — En conséquence, pendant la station verticale, la face postérieure de l'utérus regarde en haut.

A mesure que la vessie se remplit, l'antéversion tend à disparaître; or, d'après *Schultze*, le caractère d'une déviation pathologique serait précisément l'immobilisation de l'utérus ne lui permettant plus de suivre les mouvements de distension et d'affaissement de la vessie. En d'autres termes, pour qu'une antéversion soit pathologique, elle doit être rendue permanente par la fixation de l'utérus dans une position vicieuse. Les causes de la persistance de l'antéversion sont rarement dues à une péritonite circonscrite, ou à une hématocèle entrée en résolution. Le plus souvent celle-ci est la conséquence d'une inflammation sous-péritonéale (paramétrite) entraînant l'épaississement et la brièveté des ligaments de Douglas. Lorsque le raccourcissement ne porte pas d'une façon égale sur les deux ligaments de Douglas, il en résulte une rotation de l'utérus sur son axe et un certain degré de dextro ou de sinistroflexion. — Le moyen de distinguer l'antéversion normale d'une déviation pathologique est fort simple et ressort clairement des considérations précédentes. Il suffira de constater, avec le doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum, la mobilité de l'utérus et la possibilité de le ramener sans obstacle et sans douleurs dans sa position normale.

(1) *Ueber die Lage des Uterus. Zeitschr. für rat. Med.*, XXIII, 1865, p. 249.

Pour reconnaître l'antéflexion normale, on combinera le toucher vaginal et la palpation hypogastrique; dans les cas où le corps de l'utérus ne serait pas facilement accessible par l'hypogastre et où il serait, par conséquent, impossible de défléchir la matrice et de la ramener en arrière, on se contentera d'examiner la femme pendant la réplétion de la vessie : une antéflexion normale doit avoir disparu complétement à ce moment.

Passant à l'étude des causes de la *rétroversion et de la rétroflexion*, l'auteur se range à l'opinion d'*Hildebrandt* (1) qui admettait un relâchement des ligaments postérieurs de l'utérus. Les fibres musculaires comprises dans les replis de Douglas, et que l'auteur appelle *retractores uteri*, amèneraient par défaut d'action un allongement de ces mêmes plis et consécutivement la déviation de l'utérus. L'inertie des *retractores uteri* serait due aux causes les plus variées, à savoir : la masturbation, les hémorrhagies, toutes les causes débilitantes entraînant l'anémie et, par conséquent, la faiblesse musculaire; la constipation et la réplétion habituelle du rectum, les accouchements et surtout l'avortement.

Pour les diverses déviations utérines que nous venons de passer en revue, il faut ajouter à l'influence des altérations des ligaments utérins, celle de la pression intra-abdominale qui contribue à exagérer le déplacement de la matrice. Si nous supposons maintenant que le relâchement des ligaments utérins soit porté à l'extrême, que l'utérus soit plus volumineux et plus pesant qu'à l'état normal, que le vagin et le périnée soient insuffisants à le maintenir, etc., nous arrivons à la *chute et au prolapsus utérins*. Lorsque l'utérus prolabé a été remis en place dans le petit bassin et maintenu par des pessaires appropriés, il ne reprend sa position normale en antéversion que dans des cas tout à fait exceptionnels. On a attribué ce fait à des manœuvres de réduction mal dirigées, mais, d'après *Schultze*, la cause en serait différente : les muscles *retractores uteri* ne recouvrant plus leurs fonctions après la réduction, il en résulterait une tendance à la rétroversion.

Appliquant au *traitement* des déviations utérines les données précédentes, l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

Et d'abord, s'il y a lieu d'appliquer un pessaire quelconque, celui-ci n'aura d'autre but que de maintenir en place un utérus dont la réduction aura été préalablement obtenue, soit par des manœuvres bi-manuelles, soit par tout autre moyen.

D'autre part, pour que cette réduction devienne possible, il faut ou bien faire disparaître au moyen de topiques résolutifs les exsudats qui maintiennent la matrice dans une position vicieuse, ou encore ramener la tonicité des muscles *retractores uteri*. Cela posé, *Schultze* examine quel est le meilleur moyen de ramener en place l'utérus dévié: l'hystéromètre ne lui semble pas propre à rendre

(1) *Ueber Retroflexion des Uterus*. Leipzig, 1870, p. 41.

beaucoup de services à cet égard : dans les cas simples, il est inutile d'y avoir recours ; et dans les cas plus difficiles, non-seulement il est impuissant à amener le redressement de la matrice, mais encore il ne donne aucune notion sur les obstacles qui produisent l'immobilisation de l'utérus.

La palpation bi-manuelle, au contraire, ne présente point ce dernier inconvénient; elle permet d'agir en parfaite connaissance de cause et a toujours donné à l'auteur des résultats excellents. Dans les cas difficiles (épaisseur de la paroi abdominale, hauteur exagérée des pubis, etc.), on fera prendre à la femme une position accroupie sur les genoux et sur les coudes ; on pourra recourir aussi au toucher rectal, et même à la chloroformisation qui, d'après les recherches de *Simon* (1), permet d'introduire la moitié ou la totalité de la main dans le rectum.

Dans la plupart des cas, en raison de la tendance de l'utérus à reprendre sa situation vicieuse, il devient urgent de recourir à des moyens mécaniques destinés à maintenir l'organe dans sa position normale, c'est-à-dire dans une antéversion légère. — Les pessaires employés pour cette « orthopédie utérine » peuvent être intra-utérins, ou vaginaux. En thèse générale, *Schultze* n'est point favorable à l'emploi des premiers, qu'il juge inutiles dans les cas simples, et dangereux dans les cas compliqués; il ne les rejette point cependant, et nous verrons plus loin que dans certaines conditions déterminées il applique simultanément deux pessaires, l'un vaginal, l'autre intra-utérin.

L'usage des pessaires vaginaux dans les déplacements de la matrice en arrière a attiré tout particulièrement l'attention de l'auteur. Suivant lui, le seul moyen rationnel de contenir un utérus en rétroflexion est de repousser en arrière la portion vaginale et de maintenir cette rétro-position au moyen d'un pessaire vaginal approprié; la pression intra-abdominale suffit alors pour maintenir l'utérus en antéversion normale. Pour être parfait, tout pessaire vaginal doit remplir les conditions suivantes : 1° maintenir la portion vaginale du col assez solidement pour que le corps de l'utérus ne puisse venir se placer derrière elle dans les divers mouvements qui lui sont imprimés; 2° le grand axe du pessaire doit toujours être placé suivant l'axe longitudinal du vagin; 3° le pessaire doit distendre transversalement le vagin aussi peu que possible. Les deux dernières conditions s'expliquent d'elles-mêmes, car il est clair que plus le vagin aura la forme d'un conduit mince et allongé, moins il restera, en arrière de la portion vaginale du col, d'espace suffisant pour recevoir le corps de l'utérus en rétro-flexion ou rétro-version.

(1) *Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rectum*, in *v. Langenbeck's Archiv für Chirurgie*, XV.

Les divers pessaires imaginés antérieurement ne réalisant point complétement ces conditions, l'auteur a apporté certaines modifications au pessaire de Sims. Voici, en quelques mots, la description d'un de ces pessaires : il a la forme d'un 8 dont l'une des anses est assez large pour recevoir facilement la portion vaginale du col de l'utérus; la deuxième anse, plus allongée, est destinée à prendre un point d'appui sur les parties molles du bassin, sur le périnée et sur les pubis.

Dans les cas tout à fait exceptionnels où la pression des viscères abdominaux ne suffit pas à ramener l'utérus en anté-flexion naturelle (alors même que la portion vaginale du col est parfaitement maintenue en arrière par les pessaires que nous venons de décrire), il peut être indiqué d'ajouter au pessaire vaginal une sonde intra-utérine. — L'auteur recommande d'attendre que toute douleur et toutes traces d'inflammation utérine aient disparu avant d'avoir recours à ce dernier moyen.

II. — La première partie de cette leçon clinique est destinée à l'*étiologie* des déviations de l'utérus en avant et en arrière.

a) Antéflexion. — L'auteur considère une antéflexion de l'utérus comme pathologique, lorsque celle-ci est assez prononcée pour entraîner certains troubles fonctionnels ou autres, et notamment la stérilité. — L'antéflexion peut être congénitale, et s'observe aussi assez fréquemment chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

Les femmes qui ont accouché plusieurs fois, à des époques rapprochées, ont souvent l'utérus en antéflexion : dans tous ces cas, la déviation est due à un ramollissement du parenchyme utérin et liée à la dysménorrhée.

b) Antéversion. — Beaucoup plus rare que l'affection précédente, elle ne s'observe qu'exceptionnellement chez les jeunes filles. — On la rencontre principalement chez les femmes d'âge, ayant eu plusieurs enfants, et dont la matrice est devenue rigide, par suite de l'épaississement du parenchyme utérin.

c) Rétroversion. — Produite tantôt par des adhérences, ou par des tumeurs refoulant l'utérus en arrière, tantôt par une réplétion anormale de la vessie. L'accumulation de matières fécales dans le rectum peut aussi, en refoulant le col utérin en avant, amener une rétroversion qu'exagérera la pression intra-abdominale. La rétroversion s'observe surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, ou chez celles dont l'utérus a subi, après la grossesse, un certain degré d'hypertrophie.

d) Rétroflexion. — Cette déviation aurait toujours une signification pathologique; jamais elle ne s'observe à l'état congénital ou

chez des jeunes filles saines. On la rencontre chez des femmes atteintes de flueurs blanches, dont le parenchyme utérin est ramolli, ou chez des ouvrières astreintes à un travail pénible. — Dans la majorité des cas, le début de l'affection remonte à une grossesse et l'auteur formule à ce sujet la proposition suivante : peu de temps après l'accouchement, il ne se produit point de rétroflexion, mais presque toujours une antéflexion passagère; à une époque plus éloignée de la délivrance, on observe, au contraire, des rétroflexions persistantes.

La deuxième partie de cette étude est consacrée exclusivement au *traitement* des déviations utérines.

Lorsque l'utérus est retenu dans une position vicieuse par des exsudats, il faut administrer de l'iodure de potassium à l'intérieur et faire prendre des bains chauds. — S'il existe un relâchement des tissus lié à l'anémie, on aura recours à un traitement général approprié.

Mais le plus souvent il faudra agir localement : les pessaires vaginaux, dont l'emploi est justifié dans les versions, sont au contraire complétement inutiles dans les flexions utérines. Dans les rétroflexions exagérées un pessaire peut à la rigueur exercer une certaine pression sur le corps de l'utérus, replié dans l'espace rétro-utérin de Douglas; mais son action n'est pas suffisante. Quant à l'antéflexion, l'auteur se demande comment il peut seulement venir à l'idée de vouloir agir sur elle par l'intermédiaire du vagin.

Si l'on veut agir efficacement sur un utérus fléchi, il faut le redresser et laisser dans sa cavité une tige rigide qui maintienne la réduction. Mais ce pessaire utérin ne sera exempt de tout danger que s'il n'est point fixé, contrairement à l'usage habituel, à un appareil spécial adapté au bassin par une ceinture.

On conçoit, en effet, que, étant donnée la mobilité extrême de l'utérus, ce mode de fixation présente de graves inconvénients et puisse occasionner une métrite ou une paramétrite.

Schrœder se sert, en conséquence, du pessaire intra-utérin de *Veit* (petite tige d'ivoire de 4 1/2 à 6 cent. surmontée d'un bouton en ébène) qu'il introduit dans la cavité utérine; de cette façon se trouve corrigée la flexion, mais il persiste une version de la matrice. Pour remédier à cette dernière, il suffit d'introduire de petits tampons de coton entre la paroi vaginale et le bouton de l'instrument; ces tampons doivent être changés tous les deux jours. — Les différentes manœuvres doivent être entourées des plus grandes précautions; la malade gardera le lit, et, au moindre signe d'inflammation utérine, on retirera le pessaire. — Deux fois seulement l'auteur a observé, du côté de l'utérus, des accidents qui se sont promptement calmés parce qu'il a enlevé l'instrument à temps.

Inutile d'ajouter que l'existence d'adhérences en arrière de la matrice ou une affection quelconque du tissu utérin et des annexes constitue autant de contre-indications formelles à l'emploi de ce mode de traitement.

III. — *Olshausen* emploie depuis plusieurs années les pessaires intra-utérins pour le traitement des flexions utérines, et aujourd'hui il nous donne le résultat de sa pratique en produisant à l'appui des tableaux statistiques très-complets. L'expérience lui a appris que le traitement intra-utérin ne devait pas être appliqué à toutes les déviations de la matrice; d'une façon générale, il réussit contre les flexions, à moins de contre-indications spéciales, et dans certaines versions compliquées de rétrécissement du canal cervical, de dysménorrhée et de stérilité.

Sur 297 déviations utérines traitées par *Olshausen*, on comptait :

25 antéversions.
128 antéflexions.
50 rétroflexions.
94 rétroversions.

Le traitement intra-utérin fut employé 86 fois et donna les résultats suivants :

Le pessaire intra-utérin amena de la périmétrite ou de la paramétrite dans 7 cas; il causa des douleurs et de la métrorrhagie dans 10 cas; il fut supporté, et le traitement continué avec persévérance dans 66 cas; il sortait continuellement, et son emploi fut rejeté pour ce motif dans 3 cas.

Dans les 66 cas où l'emploi du pessaire intra-utérin put être continué sans accidents, *Olshausen* obtint des résultats plus ou moins heureux :

17 fois il se produisit une amélioration passagère pendant la durée du traitement, mais les effets ne furent pas durables;

18 fois, l'amélioration fut à la fois plus marquée et durable;

15 fois, la guérison put être considérée comme radicale, et 11 de ces malades, antérieurement stériles, furent guéries de cette dernière infirmité;

8 fois, l'insuccès fut complet;

7 fois, enfin, les malades furent perdues de vue.

Après l'exposé de ces statistiques, l'auteur tire des faits qu'il a observés plusieurs conclusions originales. Et d'abord, relativement aux *indications* et *contre-indications* du traitement intra-utérin, il fait remarquer que celui-ci réussit mieux dans l'antéflexion que dans la rétroflexion. Dans cette dernière déviation, en effet, l'introduction de l'instrument est à la fois plus difficile et plus dangereuse; de plus, il y aurait une tendance plus grande à la reproduction des accidents par suite de la laxité du parenchyme utérin. La dysménorrhée et le rétrécissement du canal cervical ré-

clament également l'application de pessaires utérins. — Il nous semble inutile d'insister sur les contre-indications de la méthode, car il est évident que les affections utérines (périmétrite, paramétrite, etc.), la menstruation profuse éloignent complétement l'idée de l'introduction d'un corps étranger dans la cavité utérine.

Quant au *choix de l'instrument*, l'auteur rejette les pessaires en bois qui se laissent imbiber par les sérosités, et les instruments métalliques qui sont lourds et s'incrustent facilement. Comme *Schultze et Schrœder*, il emploie la tige surmontée d'un bouton, soit en caoutchouc vulcanisé, soit en ivoire ou en os. Le bouton de l'instrument doit s'appuyer sur la paroi vaginale postérieure et se trouver ainsi suffisamment fixé; sinon, on appliquera un pessaire annulaire en gomme.

L'introduction des pessaires intra-utérins peut être suivie des accidents suivants : catarrhe utérin, menstruation profuse, métrorrhagies en dehors des époques menstruelles, pertes sanguinolentes; douleurs et tranchées utérines; enfin péri et paramétrites.

Les tableaux statistiques résumés plus haut nous dispensent d'indiquer les avantages que l'on peut retirer de cette méthode; ajoutons enfin que pour obtenir un résultat durable, il faut prolonger le traitement pendant douze à dix-huit mois, ou même plus.

L. E. DUPUY.

Des procidences de membres comme complication des présentations de l'extrémité céphalique, par le Dr RUBÉ, interne des hôpitaux de Paris. (*Thèse de Paris*, 1872. *N°* 461.)

Un des chapitres les plus complets et les plus originaux de cette monographie est celui qui a trait au mécanisme et aux causes des procidences de membres compliquant les présentations de l'extrémité céphalique. L'auteur les divise en 3 classes :

1re CLASSE. *Causes dépendant du fœtus*, à savoir : — *a*) petit volume du fœtus ; — *b*) mobilité de celui-ci dans l'utérus ; — *c*) présentations irrégulières (positions inclinées du sommet et de la face); —*d*) grossesses gémellaires ; — *e*) changements spontanés de présentation, etc.

2e CLASSE. *Causes dépendant de la mère*. Les plus importantes sont :—*a*) présence d'une grande quantité de liquide amniotique dans l'utérus ;—*b*) écoulement subit de ce liquide ;—*c*) vices de conformation du bassin ; — *d*) anomalies de forme et de direction de l'utérus ; — *e*) multiparité.

3me CLASSE. *Causes dépendant de l'accoucheur*. Telles sont les tentatives maladroites de version où les bras ont été attirés au dehors par erreur.

Rubé examine scrupuleusement la valeur et la fréquence de ces diverses causes; quelques-unes (telles que la grande quantité des

eaux de l'amnios) doivent être rejetées, selon lui, car elles ne sont point confirmées par les faits ; d'autres auraient une influence moins contestable. Telles sont : le faible volume du fœtus, les grossesses gémellaires et la multiparité. Mais les causes occasionnelles les plus puissantes de procidences de membres compliquant la présentation de l'extrémité céphalique seraient : *la rupture subite des membranes et le rétrécissement du bassin.*

Dans le chapitre relatif au diagnostic des procidences, l'auteur s'attache à bien faire ressortir certaines difficultés. Celles-ci peuvent être dues à l'intégrité des membranes, et l'on sait qu'à cet égard les plus grossières méprises ont été faites. D'après Naegelé, il serait possible de prendre une anse du cordon pour un doigt ; Rubé ne partage point cette opinion et il suffirait, d'après lui, de percevoir les pulsations du cordon pour se mettre à l'abri de l'erreur.

Or nous rappellerons que Naegelé avait en vue précisément le fœtus mort ; d'autre part, les battements du cordon ne sont pas toujours facilement perceptibles et pendant les douleurs ils peuvent même cesser momentanément.

Lorsque les membranes sont rompues, le diagnostic peut être rendu difficile soit par l'élévation de la tête fœtale, soit par l'accolement à la tête de l'extrémité prolabée ; nous n'insisterons point davantage sur ces complications, parfaitement indiquées antérieurement par Jacquemier.

Quant au *traitement*, l'auteur suit l'exemple de Cazeaux et examine ce qu'il convient de faire : 1° quand les membranes sont intactes ; 2° quand elles ont été rompues. Dans le premier cas, il recommande l'expectative, à moins cependant qu'il ne survienne quelque complication, telle que la procidence du cordon par exemple. La conduite de de la Motte, qui rompait la poche des eaux et saisissait les pieds après avoir repoussé la tête, est jugée assez sévèrement par Rubé, malgré la grande autorité de Cazeaux, lequel approuvait cette manière d'agir.

Si les membranes sont rompues et que leur rupture soit récente, l'accoucheur devra tenter la réduction, en employant comme adjuvant de celle-ci le décubitus latéral du côté opposé à celui où réside le membre prolabé, ou bien les manœuvres externes et la version bimanuelle. Si la réduction des pieds prolabés est impossible, faut-il les attirer à la vulve, après avoir refoulé la tête, et terminer ainsi l'accouchement ? Cazeaux avait adopté cette manière de procéder ; Rubé préfère à la version le forceps, qui est plus favorable aux intérêts de l'enfant, et il rappelle à ce sujet que les statistiques tant françaises qu'étrangères démontrent clairement que la version n'est pas seulement fatale au fœtus (1 mort sur 3) mais encore à la mère (1 morte sur 15)

Lorsque la rupture de la poche des eaux est ancienne, il faut

recourir au forceps. Si le bassin est en même temps rétréci, on commencera par appliquer le forceps en rejetant la version d'une façon absolue. Dans les cas difficiles on pratiquera la crâniotomie et la céphalotripsie. L. E. DUPUY.

Successful case of gastrotomie in extra-uterine gestation (Gastrotomie pratiquée avec succès, dans un cas de grossesse extra-utérine), par LAWSON TAIT. *Royal med. and chirurg. soc.*, 11 *févr.* 1873. — *The Lancet*, 22 *févr.* 1873, , *p.* 272.)

La gastrotomie pratiquée dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus a donné, dans ces dernières années, un certain nombre de succès ; elle a été généralement beaucoup moins heureuse lorsqu'on l'a appliquée aux grossesses extra-utérines. L'observation de Lawson Tait, nous offrant un exemple de succès par cette opération, mérite d'être reproduite.

J. M., âgée de vingt-sept ans, présentait une grossesse rétro-utérine qui fut diagnostiquée le 23 septembre ; l'enfant était arrivé à terme et était mort vers la fin du mois de juillet précédent. L'opération fut pratiquée le 2 novembre, au moyen d'une incision semblable à celle de l'ovariotomie. Après l'ouverture de la poche, les pieds se présentèrent ; il n'y eut aucune difficulté dans l'extraction de l'enfant, si ce n'est pour retirer la tête profondément enclavée dans le bassin et qui avait contracté des adhérences avec le plancher de cette cavité. Les bords de l'incision faite à la poche furent fixés à ceux de l'incision péritonéale par une suture continue ; la cavité péritonéale fut ainsi complétement fermée. La moitié supérieure de l'incision de la paroi abdominale, dont la longueur était environ de vingt centimètres, fut réunie par une suture profonde. Un tube à drainage fut placé profondément dans la cavité pelvienne et des injections d'une solution de sulfite de soude furent faites toutes les huit heures. Dans les huit premiers jours, il y eut un écoulement fétide ; il devint purulent et entraîna des débris de placenta. On retira, à certains moments, des morceaux de placenta et des cheveux qui étaient restés adhérents à la surface interne du kyste, et s'étaient détachés du cuir chevelu de l'enfant lorsqu'on avait extrait la tête. Le 9 novembre, la plus grande portion du placenta se détacha. A partir de ce moment, la cavité se rétrécit rapidement ; au commencement de décembre toute la portion pelvienne était presque oblitérée ; à la fin de ce mois, il ne restait plus qu'un petit sinus. L'opérée avait été fort agitée et présentait des signes d'hecticité.

Lawson Tait fait remarquer que ce cas offre les particularités suivantes : il n'y a pas eu de *faux travail* (false labour) avant la mort de l'enfant ; le placenta a été abandonné à lui-même ; la cavité péritonéale a été fermée, tandis que l'incision de la paroi abdominale était laissée ouverte. Si l'on eût laissé une communication entre le kyste et le péritoine, on s'exposait à l'infection purulente et à la péritonite. En réunissant complétement les lèvres de l'incision abdominale, on avait à craindre le même résultat.

Il pense que, pratiquée de cette manière, l'opération n'offre pas plus de gravité que l'ovariotomie, et qu'elle vaut mieux que d'abandonner le fœtus aux chances de la suppuration. Autant que possible, il faudrait pratiquer l'opération vers la fin de la grossesse et avant la mort de l'enfant, ou sinon, aussitôt après, pour éviter la complication sérieuse des adhérences entre le fœtus et le kyste.

Spencer Wells est d'avis que ce fait offre une véritable importance parce qu'il montre que le placenta peut être abandonné à la suppuration, tandis que son ablation constitue ordinairement le danger de l'opération et est d'une extrême difficulté. Mais il croit qu'on eût pu, dans ce cas, extraire le fœtus au moyen d'une incision faite à la paroi vaginale postérieure, ce qui eût facilité le drainage de la cavité et imité le procédé employé par la nature, lorsque le fœtus est expulsé spontanément.

Le docteur Heywood Smith dit que récemment il y a eu trois cas semblables à *the Hospital for Women;* mais tous trois ont été suivis de mort. Dans l'un, la gastrotomie a été pratiquée et le placenta enlevé ; la malade mourut d'hémorrhagie et du *choc* (shock). Dans un autre, le placenta fut laissé en place ; la malade mourut de péritonite ; celle-ci s'était déclarée avant l'opération. Il pense qu'il vaudrait mieux opérer de bonne heure, alors que l'enfant est encore vivant.

E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Des ulcérations du col de l'utérus ; leçons cliniques de M. Gallard, recueillies par le Dr A. LEBLOND. (*Mouv. méd., janvier* 1873, *n°* 2, *p.* 13.)

Les ulcérations du col sont toujours un symptôme de métrite chronique ; il y a des métrites sans ulcérations, mais pas d'ulcérations sans métrite chronique. Elles sont dues primitivement à l'inflammation des glandules muqueuses, et non pas à l'inflammation des papilles qui n'est que secondaire. Elles pénètrent dans la cavité du col bien plus souvent qu'on ne le pense. A côté de ces ulcérations se placent celles du cancer et de la syphilis : les chancres et plaques muqueuses se diagnostiquent facilement, mais il est souvent très-difficile de différencier l'ulcération due à un épithélioma de celle due à une métrite chronique.

J. C.

De la cautérisation de la cavité utérine dans la métrite chronique, par le Dr BLANCHARD. (*Thèse de Paris,* 1873).

Les observations sur lesquelles s'appuie l'auteur de ce travail ont été prises dans le service de M. Laroyenne, qui traite certaines formes de métrite chronique par le crayon de nitrate d'argent *mitigé* (parties égales

de nitrate d'argent et d'azotate de potasse); les conclusions suivantes donneront une idée exacte de la pratique du chirurgien de Lyon :

Introduit dans la cavité utérine, le crayon de nitrate d'argent mitigé est un agent complétement inoffensif.

Il peut être abandonné dans cette cavité, s'il est nécessaire de modifier profondément la muqueuse.

Son emploi est formellement contre-indiqué dans tout état inflammatoire des annexes de l'utérus ou des tissus adjacents. Son application a été suivie de guérison dans les cas de leucorrhée abondante, de métrite chronique à forme hémorrhagique, d'occlusion de l'orifice interne du col avec rétention des sécrétions.

Dans les cas de métrite développée sous l'influence d'un fibrome ou d'une déviation de l'utérus, il a amené un soulagement marqué et souvent a fait disparaître la plupart des symptômes; mais, n'agissant pas sur la cause, il ne préserve nullement la malade des rechutes.

L.-E. DUPUY.

Des abcès, des glandes vulvo-vaginales, par le Dr MARESCHAL. (*Thèse de Paris*, 1873, *n°* 5.)

L'auteur rapporte dix-sept observations d'abcès de la glande vulvo-vaginale recueillies, pour la plupart, dans les services de MM. Labbée, Duplay et Fournier. Quelques-unes sont des exemples d'abcès des glandes de Bartholin s'ouvrant spontanément par le canal excréteur. Dans deux autres cas, il se produisit après l'ouverture de l'abcès une *ulcération de l'entrée de la vulve simulant un chancre.*

Ces faits sont intéressants au point de vue de l'erreur de diagnostic à laquelle ils pourraient donner lieu; M. Fournier insiste sur ce point dans les termes suivants (1) : « Lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, il laisse parfois une véritable destruction à bords taillés à pic et décollés, mesurant une étendue d'une pièce de 1 et 2 francs; cette ulcération, venant d'une destruction gangréneuse, simule à s'y méprendre un chancre simple. Plusieurs fois, au premier coup d'œil, j'ai cru à des chancres simples, et il ne fallait rien moins qu'un interrogatoire et un examen très-attentifs pour redresser mon erreur. Je me rappelle trois cas dans lesquels l'analogie était telle que, passant outre sur les allégations des malades, j'ai pratiqué l'inoculation qui, bien entendu, a été négative et a confirmé pleinement le diagnostic fourni par les commémoratifs. »

L.-E. DUPUY.

Ueber die Erectionsfähigkeit des unteren Uterusabschnittes und ihre Bedeutung (De l'érection de la portion cervicale de l'utérus et de sa signification), par A. WERNICH. (*Beitr. zur Geburtsh. u. Gynæk, I,* 296-308.)

How do the Spermatozoa enter the uterus? par J. BECK. (*Med. a. Surg., Reporter* 1872; *analysé in Centbl.*, 18 *décembre* 1872.)

Rouget admet une sorte d'érection de l'utérus au moment de l'ovulation; pour Wernich, l'érection de la portion cervicale de la matrice est

(1) Communication orale faite à l'auteur de la thèse.

constante dans le coït, et nécessaire pour l'acte de la fécondation. Cette érection amènerait d'abord l'éjaculation du liquide contenu dans le canal cervical; cette éjaculation opérée, et l'orgasme vénérien venant à se calmer, le col se relache, ses parois s'écartent et aspirent en quelque sorte le liquide spermatique. C'est, on le voit, une reproduction textuelle de l'ancienne théorie de *l'aspiration* du sperme par la matrice.

L'observation suivante, rapportée par Beck, viendrait à l'appui de cette théorie:

Il s'agit d'une femme pluripare, atteinte d'une chute de la matrice; Beck se disposait à lui appliquer un pessaire, quand la malade le pria de procéder avec douceur, vu la grande irritabilité de la région; en effet, à peine l'auteur eut-il touché avec le doigt le museau de tanche, situé immédiatement au-dessus des grandes lèvres, que l'orgasme s'établit et qu'il put constater les faits suivants : Le museau de tanche, dur auparavant et dont l'orifice admettait avec peine le bec de la sonde, s'entr'ouvrit soudain, exécuta cinq ou six mouvements d'aspiration, en même temps que la consistance de la partie diminuait sensiblement. Au bout de douze secondes, tout était fini, l'orifice se reformait et le col avait repris sa dureté première. La femme assura que la sensation qu'elle venait d'éprouver était analogue à celle que lui procurait le coït, mais plus passagère.

L'auteur ne doute pas que cette sorte d'aspiration par le col ne facilite la pénétration des spermatozoïdes. STRAUS.

Ueber Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane und über den Einfluss des weiblichen Geschlechtsleben auf die Entwickelung und den Verlauf der Tuberculose (De la tuberculose des organes génitaux de la femme et de l'influence des fonctions sexuelles sur le développement et la marche de la phthisie), par LEBERT. (*Archiv für Gynækologie, tome IV, fasc.* 3, 1872.)

L'auteur se résume lui-même dans les lignes suivantes :

La tuberculose des organes génitaux internes de la femme peut constituer la principale localisation de la maladie; elle peut aussi avoir un développement égal à l'altération pulmonaire ou bien n'être que secondaire ou insignifiante. Il n'existe point de signes certains permettant de reconnaître la phthisie génitale, même lorsque celle-ci est primitive.

La tuberculose du col utérin, décrite par les auteurs, n'existe point ou du moins est fort rare; on a pris pour telle une dégénérescence caséeuse des follicules avoisinant l'orifice externe.

L'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la tuberculose se fait sentir le plus souvent entre 20 et 30 ans, le plus souvent entre 25 et 30 ans, plus rarement entre 30 et 40 ans.

Si, chez les jeunes filles, le processus tuberculeux reste à l'état latent, il est réveillé plus tard par la grossesse et par l'accouchement. — Exceptionnellement des femmes tuberculeuses peuvent subir plusieurs grossesses sans éprouver une altération notable de la santé; mais alors les enfants sont chétifs et meurent jeunes.

Une phthisie avancée retarde souvent la conception : les premières phases de la tuberculose ne gênent point généralement la marche de la grossesse.

Dans les trois quarts des cas au moins, l'avortement, la grossesse et l'accouchement ont une influence pernicieuse sur le développement et les progrès rapides de la tuberculose pulmonaire.

L'état puerpéral peut non-seulement provoquer le début de la maladie, mais son influence est encore plus pernicieuse que celle de la grossesse, et plus souvent que cette dernière il provoquera l'issue fatale. Exceptionnellement une phthisie marchant rapidement pendant la grossesse présentera, l'état puerpéral une fois passé, une marche plus lente et plus bénigne.

La grossesse et l'accouchement n'ont aucune influence spéciale sur la localisation et la forme de la tuberculose.

Lorsque les femmes tuberculeuses accouchent sans accidents, elles ont peu de lait et ne peuvent nourrir leurs enfants qu'exceptionnellement. Ces enfants sont généralement frêles, deviennent souvent dans la suite scrofuleux et finalement tuberculeux. L.-E. DUPUY.

The orifices of the unimpregnated uterus and their surgical treatment (Des orifices de l'utérus non gravide et de leur traitement chirurgical), par J.-Matthews DUNCAN. (*Brit. Med. Journ.*, 8 *mars* 1873, *I*, *p.* 251.)

Le mémoire sur la dilatation mécanique du col de l'utérus publié antérieurement par M. J.-M. Duncan (*Brit. med. Journ.*, 9 et 16 nov. 1872) a donné lieu à des réponses contradictoires de la part de Heyvood Smith et de J.-H. Bennett.

J.-M. Duncan, dans un nouvel article, apporte les preuves pratiques de ses précédentes assertions.

Il établit que les orifices du col utérin ne sont jamais fermés ou, du moins, ne le sont que dans des cas tout à fait exceptionnels. Il n'a jamais rencontré de *rétrécissements* de ces orifices, dans le sens rigoureux de ce mot.

Dans la *dysménorrhée spasmodique*, le passage d'une bougie détermine une douleur vive au niveau de l'orifice interne et la bougie ne pénètre qu'avec une certaine difficulté; mais lorsqu'elle a franchi l'orifice interne, celui-ci ne revient pas sur lui-même et reste dilaté pour longtemps, sinon pour toujours.

C'est à la *dilatation* qu'on a ordinairement recours pour le traitement de la dysménorrhée spasmodique. Mais la dilatation de l'orifice externe seul ne donne aucun résultat. Celle du canal cervical et de l'orifice interne est habituellement pratiquée à l'aide de bougies métalliques, de tiges de *laminaria* ou d'incisions faites par des instruments spéciaux.

Tous ces moyens, qui donnent quelquefois de bons résultats, *exposent à de véritables dangers*. Au contraire, J.-M. Duncan pense que la *dilatation graduelle* avec des bougies analogues à celles qui servent pour les rétrécissements de l'urètre de l'homme, bougies qu'on ne laisse pas en place et dont on augmente tous les jours le calibre, constitue un mode de traitement efficace et *toujours exempt de danger*. Il a décrit dans *Edimburg med. Journ.*, mai 1872, le mode de traitement qu'il préconise.

E. D.

Observations d'ovariotomie et de maladies des ovaires.

Case of rupture and cure of an Ovarian Cyst. — Dr Matthews DUNCAN. (*Med. Times and Gaz.*, 14 *déc.* 1872, II, *p.* 653.)

Une femme de 52 ans, mariée, ayant eu neuf enfants, le dernier uit ans auparavant, fut reçue en octobre 1870 à l'infirmerie royale d'Edimbourg. Elle présentait un kyste de l'ovaire parfaitement caractérisé; l'abdomen mesurait quarante-trois pouces de circonférence, au niveau de l'ombilic; l'utérus était refoulé en arrière. Une première ponction fut pratiquée le 8 novembre et évacua 264 onces d'un liquide brun foncé. Le 17 juin 1871 une seconde ponction dut être faite. Enfin, le 8 janvier 1872 elle subit une troisième ponction.

Au mois de juillet, cette femme se représenta, racontant qu'une quinzaine après sa sortie de l'hôpital, elle avait beaucoup souffert dans le ventre et qu'un médecin lui avait administré une poudre qui avait déterminé des vomissements. La nuit suivante elle rendit, en allant à la selle, une grande quantité d'un liquide épais de couleur brun noir, dont elle remplit quatre fois la moitié d'un pot de chambre.

En l'examinant on constata que le ventre était revenu à son volume normal. Au-dessous de l'ombilic on trouva un peu d'empâtement, mais sans fluctuation. L'utérus avait repris sa mobilité. Le 12 octobre 1872, cette femme jouissait d'une bonne santé, et l'abdomen conservait ses dimensions normales.

Il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une ouverture du kyste ovarien dans l'intestin, et, ainsi que le fait remarquer le docteur Hardie qui rapporte cette observation, il y a lieu de croire que l'ouverture s'est faite dans le gros intestin, en raison de la rapidité et de l'abondance des évacuations alvines. Lorsque le kyste s'ouvre dans l'intestin grêle, l'évacuation est moins abondante, et il semble qu'une partie du liquide soit résorbée.

E. D.

Contributions to operative surgery, by Samuel-T. KNAGGS. (*The Dublin Journal of Medical Science, février* 1873.)

Ovariotomie pratiquée chez une malade de 23 ans, et suivie de succès complet. Commémoratifs très-obscurs, avant l'apparition de la tumeur, qui eut lieu en avril 1871. Aménorrhée qui décida la malade à consulter le chirurgien. Le mois de mai on lui fit une ponction; liquide ascitique. Après on put poser le diagnostic; kyste multiloculaire. Utérus dépendant de la tumeur. État général excellent.

26 juin. Opération avec chloroforme. Incision de 2 pouces et demi sur la ligne blanche. Péritoine incisé avec les ciseaux pour mettre la tumeur à nu. Ponction d'un grand kyste. L'ouverture faite par le trocart est agrandie, et en passant le doigt à travers on déchire les petits kystes; ils donnent différentes espèces de liquides qui se vident dans la grande cavité; l'un d'eux donne du sang pur. On agrandit l'incision de la paroi abdominale, qui acquiert ainsi 4 pouces 1/4 de longueur. Le kyste recouvre la face inférieure du diaphragme et repose sur les fosses iliaques. Pas d'adhérences, excepté en avant. Pendant qu'on l'attirait au dehors, ses parois se déchirent, et il se vide dans la cavité péritonéale. Pédicule très-étroit; application de clamp. La tumeur est facilement enlevée. Cinq sutures à la paroi abdominale. L'opération a duré en tout 1 heure et demie.

Le quatrième jour la malade va bien. Le 23 juillet elle sort de l'hôpital. Le 4 août, ses menstrues se rétablissent.

La tumeur pesait six livres et était formée par les vésicules de de Graaf hypertrophiées. Le ligament de l'ovaire et la trompe de Fallope étaient les parties constituantes du pédicule.

Particularité importante : l'extrémité frangée de la trompe était confondue avec la partie postérieure de la tumeur, de sorte que pendant l'opération la trompe aurait pu s'adapter à l'ovaire et non pas à la tumeur. Cette disposition, et l'existence de douleurs du côté gauche bien avant la formation de la tumeur, suffisent à l'auteur pour émettre la théorie suivante : Il y a eu une ovarite à gauche, qui a déterminé l'adhérence de la trompe à l'ovaire. Les vésicules de de Graaf tombant toutes dans un point très-limité, leur accumulation aurait favorisé leur vascularisation, et partant leur hypertrophie.

Cette observation est complétée par un tableau météorologique et thermique très-complet. Mais ce qu'il y a de plus original dans ce chapitre, ce sont les recherches de l auteur sur la longueur de l'incision de la peau dans l'ovariotomie. Sa petitesse, que l'opérateur doit avoir en vue, présenterait les avantages suivants : 1° la *commotion* (shock) de l'opération diminue ; 2° moins de chances de péritonite ; 3° les hernies de l'intestin sont moins favorisées ; 4° la plaie guérit plus vite. Pour déterminer le minimum d'étendue que l'on doit donner à cette incision, M. Knaggs s'est servi de plusieurs vessies de bœuf remplies de différentes substances demi-solides, et recouvertes par des membranes textiles, auxquelles les vessies adhéraient. Le kyste de l'ovaire ainsi parodié, il s'est livré à des expériences qu'il passe sous silence, et dont il a tiré la conclusion suivante : pour enlever un kyste multiloculaire de l'ovaire, de grande étendue, et avec peu d'adhérences, un opérateur habile doit donner 4 pouces et demi à son incision.

Nous ne pouvons nous empêcher de demander, cependant, pourquoi le chirurgien s'est contenté de n'inciser que 2 pouces et demi en commençant l'opération? et puisqu'il n'a pas appliqué son propre précepte, le croit-il d'une rigueur absolue? MARCANO.

Medullar-Sarcom des linken Ovariums achtzig Pfund wiegend (Sarcome médullaire de l'ovaire gauche, pesant quatre-vingts livres). Communication du Dr CLEMENS de Francfort s. M. (*Deutsche Klinik*, 1873, n° 3.)

La malade était âgée de quarante-deux ans, et n'éprouvait que la gêne causée par la tumeur, sans que l'état général fût troublé. La menstruation même était régulière. Une paracentèse fut faite pour amener une certaine diminution dans le volume de la tumeur, qui commençait à gêner la respiration. Il y eut un certain temps de répit après cette opération, puis la malade perdit rapidement ses forces, et succomba bien plus vite qu'on ne pouvait s'y attendre. KLEIN.

Observations diverses sur les maladies des femmes.

Ueber menstruelle Gelbsucht (Jaunisse menstruelle), par H. SENATOR. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 *déc.* 1872, n° 57.)

Quatre observations intéressantes d'ictère simple chez des femmes mal réglées, ictère revenant périodiquement aux époques menstruelles,

mais disparaissant au rétablissement du flux sanguin. — L'auteur, bien qu'il ne connaisse aucun fait semblable dans la littérature médicale, pense que les exemples n'en sont pas rares. J. B.

Case of obstruction of the bowels, with remarks on fibroïd tumours of the uterus as a cause of such obstruction (Cas d'obstruction intestinale suivi de remarques sur les tumeurs fibreuses de l'utérus comme causes de cette obstruction), par EADE (*Lancet*, 21 *déc.* 1872.)

Observation d'obstruction du gros intestin chez une femme très-robuste et bien constituée, âgée de 70 ans, à l'examen de laquelle l'auteur rencontra des tumeurs fibreuses de l'utérus en assez grand nombre. C'est à la compression de l'intestin par ces tumeurs qu'il attribua les lésions du viscère à un niveau plus élevé, et son obstruction lente consécutive à cet endroit. Aussi dans les cas d'obstruction intestinale où l'on constaterait la présence de tumeurs fibreuses utérines, l'auteur s'appuyant sur cette observation et deux autres qu'il cite, n'hésiterait-il pas à placer le siége de cette obstruction dans le gros intestin et la conclusion serait que l'opération d'Amussat dans la région lombaire pourrait sauver les jours de la malade. A. G.

Polype de l'utérus; examen au spéculum; toucher avec le doigt; péritonite; mort. Cas semblables, par M. le professeur VERNEUIL. (*Bulletin de la soc. anat. de Paris, XLVII*e *année* (1872), 2e *série, t. XVII.*)

M. Verneuil cite le cas d'une femme qui, examinée pour un polype utérin, le 22 avril, et soumise une seule fois au toucher avec le doigt, fut prise de péritonite le lendemain 23 et mourut le 24. — A l'autopsie, il a été trouvé un litre de pus au moins dans le petit bassin. A ce sujet, le savant présentateur cite d'autres faits semblables où la pratique du simple toucher fut suivie plusieurs fois d'accidents péritonéaux. « Ceux-ci peuvent s'expliquer par une érosion faite dans le toucher, si réservé qu'il soit, et l'absorption des produits septiques de surfaces ulcérées. Il rappelle de plus les cas où une opération faite sur le col utérin peut déterminer une congestion ovarique, une ovarite même qui est le point de départ de la péritonite, où une cautérisation du col provoque dans la trompe des épanchements qui peuvent la faire éclater et donner naissance à une péritonite. — M. Houel cite des complications semblables survenues à la suite de cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, et il est disposé à les expliquer par une transmission à travers les trompes puisqu'il n'a pu rien découvrir dans les lymphatiques et le tissu sous-péritonéal. M. Le Courtois ajoute aux causes indiquées par M. Verneuil le réveil d'une inflammation ancienne, ovarite ou pelvi-péritonite, sous l'influence d'une irritation plus ou moins éloignée, par exemple d'une opération qui n'intéresse en rien le péritoine. HENRI HUCHARD.

On two cases of closure of the vagina (Sur deux cas d'occlusion du vagin), par S.-Charles SMITH. (*The Lancet*, 28 *déc.* 1872, *II*, *p.* 914.)

Dans la première des observations rapportées par Smith, il y avait non pas une occlusion véritable, mais un orifice fistuleux très-étroit, à un

pouce environ au-dessus de l'entrée du vagin. Dans la deuxième le vagin présentait un cul-de-sac à son extrémité supérieure, et l'utérus manquait complétement.

Observation I. — Femme de 24 ans, mariée depuis dix mois; souffrante depuis cette époque; le coït n'avait jamais pu être complet. Les règles étaient venues normalement, mais depuis six mois environ elles manquaient, et, aux époques, il y avait des douleurs vives dans le ventre et dans les reins.

Au toucher, on constata un cul-de-sac à environ un pouce de l'entrée du vagin; au-dessus, le vagin paraissait manquer: il n'y avait entre la vessie et le rectum qu'une faible épaisseur de tissu; plus haut on sentait une masse occupant la position de l'utérus.

On finit par découvrir un petit trajet fistuleux au fond de ce cul-de-sac et par y introduire une sonde. On fit alors la dilatation à l'aide de tiges de laminaria. Au bout d'un certain temps et après quelques accidents fébriles il fut possible d'introduire un spéculum. L'utérus n'offrait pas apparence de col; les parois du nouveau vagin s'inséraient autour de l'orifice; mais on put introduire une sonde à deux pouces de profondeur dans la cavité utérine.

Cette femme a quitté l'hôpital après un séjour de neuf semaines. Les règles se sont rétablies, la santé générale est devenue meilleure; la malade a engraissé et se trouve aujourd'hui tout à fait bien.

Observation II. — Jeune fille de 19 ans, très-frêle et très-peu développée, n'ayant jamais été réglée. Le toucher fait constater l'absence du col de l'utérus au fond du vagin qui est spacieux, mais dont les parois sont minces et lisses. Au-dessus du cul-de-sac vaginal, on ne sent en aucun point le corps de l'utérus. Le toucher rectal donne le même résultat et le doigt sent distinctement l'extrémité d'une sonde introduite dans la vessie et d'une autre sonde placée au fond du vagin, au point où devrait exister l'utérus. E. D.

Ueber Eindringen der Uterussonde in eine Tube (Hystéromètre ayant pénétré dans une des trompes). Profr. BISCHOFF. (*Corresp.-Blatt für schweizer. Aerzte*, 1er *octobre* 1872.)

Dans un travail présenté naguère à la Société d'obstétrique de Berlin, MM. Rabl-Rückhard et Lehmus avaient fortement mis en doute la possibilité, même dans les cas pathologiques, de pénétration fortuite de la sonde utérine dans les trompes de Fallope; ils se fondaient surtout sur ce qu'aucun des cas publiés n'était accompagné d'autopsie, et pensaient qu'il ne fallait voir dans ces observations que des faits de perforation des parois utérines. C'est ce qui a décidé le professeur Bischoff à publier le cas suivant, complété par une autopsie.

Nous n'en donnons ici que le résumé :

Il s'agit d'une femme de 65 ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire : dans l'espace de trois mois, M. Bischoff, ayant pratiqué à deux reprises le sondage de l'utérus, arriva au même résultat; l'hystéromètre pénétrait de 17 centimètres dans la matrice, sans qu'il y eût eu le moindre emploi de la force.

Il ne fut pas possible de percevoir par l'extérieur la situation de la pointe de l'instrument : l'exploration ne fut suivie d'aucun signe réactionnel.

Le kyste ne cessant de s'accroître, on dut pratiquer l'ovariotomie : au cinquième jour de l'opération, alors que la malade se trouvait très-bien, que sa température et son pouls étaient apyrétiques, elle avala de travers du bouillon,

il s'en suivit des secousses de toux qui entraînèrent l'issue, à travers la plaie chirurgicale de l'abdomen, d'un fragment d'épiploon et d'une anse intestinale. Péritonite généralisée et mort quatre jours après.

Résultats de l'autopsie pratiquée 11 heures après le décès: Péritonite. Pleurésie droite récente.

Utérus fortement porté à droite et incliné sur le même côté. C'est le lieu d'insertion de la trompe gauche qui occupe le sommet de l'organe : la cavité utérine mesure 9 centimètres ; les parois très-épaisses, denses, ne présentent pas la moindre trace de lésion. Au fond de l'utérus se trouve un fibroïde intestitiel du volume d'un œuf de pigeon. L'orifice utérin de la trompe gauche est disposé en forme d'entonnoir : la trompe elle-même est dilatée au point que l'hystéromètre s'y meut à l'aise dans toute son étendue ; en outre, la direction de cet oviducte est presque verticale, ce qui explique aussi la pénétration facile de l'hystéromètre pendant la vie. Le kyste était formé aux dépens de l'ovaire gauche. J. BEX.

De l'absence congénitale de la cloison recto-vaginale, par M. PUECH. (*Gaz. de Joulin, février* 1873.)

Chez une petite fille de cinq semaines, l'auteur a constaté plusieurs anomalies congénitales fort rares; le rectum avait sa longueur normale, mais à 15 centimètres de l'anus il présentait un diaphragme membraneux, dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, obturant la lumière de l'intestin dans sa presque totalité. D'autre part, la paroi postérieure du vagin présentait un défaut de développement intéressant la totalité de sa largeur et au moins les deux tiers de sa longueur. Les matières fécales s'entassaient sur le diaphragme rectal et étaient chassées par regorgement, non sans occasionner de vives coliques dans le vagin, à travers la lacune recto-vaginale.

Puech rapporte ces anomalies à un arrêt de développement survenu vraisemblablement vers la cinquième ou sixième semaine de la vie intra-utérine ; il fait remarquer en outre que, si les anus vulvaires ou vaginaux ne sont pas très-rares, la séparation du rectum en deux segments par cette cloison membraneuse constitue une anomalie tout à fait exceptionnelle. L. E. DUPUY.

Complication der Puerperismus mit chronischen Herzkrankheiten (Des affections chroniques du cœur compliquant la grossesse), par FISCHEL. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1873, n° 4.)

L'auteur rapporte deux observations importantes au point de vue de l'influence de la grossesse dans les affections chroniques du cœur.

La première de ces malades, atteinte d'insuffisance mitrale, fut prise au septième mois de sa grossesse d'accidents sérieux, tels que : palpitations, toux violente le jour et la nuit, accès de dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée persistante. L'accouchement se fit bien et vite; cependant il se produisit une métrorrhagie assez forte après la délivrance. Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'accouchement, il y eut un mieux sensible ; mais le sixième

jour, les symptômes d'asphyxie reparurent plus intenses que jamais. La mort survint au bout de la huitième semaine.

L'autre malade de Firchel présentait les signes d'une insuffisance aortique. Au deuxième mois de la grossesse, elle eut des palpitations et de la dyspnée; au huitième mois, il se produisit un œdème des extrémités inférieures, une augmentation de volume du foie et de la rate, et de l'albuminurie. Pendant les cinq dernières semaines, survinrent des accès de dyspnée très-intenses, l'impossibilité absolue pour la malade de rester un seul instant dans le décubitus horizontal. L'accouchement se fit spontanément après un travail de vingt-trois heures. L'écoulement des lochies cessa au bout de trois jours. Une amélioration passagère survint après l'accouchement; mais les accidents asphyxiques ne tardèrent pas à reparaître et la malade succomba dans un accès de dyspnée. L.-E. DUPUY.

A case of recovery from supposed rupture of an abdominal tumour, followed by partial peritonitis. Dr BORLAND. Records of the Obstetr. Soc. of Boston. (*The Boston med. a. surg. Journ.*, 26 *décembre* 1872, *p.* 455.)

Femme de 24 ans. — La tumeur était grosse comme une tête d'enfant et complétement indépendante de l'utérus, ne faisant aucune saillie dans le bassin, lorsqu'elle fut ponctionnée deux fois à quatre jours d'intervalle. A la deuxième ponction, on en retira une vingtaine de grammes d'un liquide foncé, épais, dans lequel on crut reconnaître des cylindres réunis en grand nombre (*a considerable number of renal Casts*).

La tumeur augmenta de volume, gagna le bassin, contracta des adhérences avec l'utérus. — Enfin, trois mois après les ponctions, survint un écoulement abondant par le vagin ; puis, après quelques accidents de péritonite, la tumeur diminua considérablement de volume. La malade quitta l'hôpital en bonne santé, mais on sentait du côté droit, à travers les parois abdominales, une masse dure allongée parallèlement à la colonne vertébrale, et à laquelle adhérait l'utérus.

Le diagnostic admis par la Société obstétricale fut : rein flottant avec complication inflammatoire. CH. P.

Geburtshülfliche Miscellen (Mélanges d'obstétrique), par le Dr Theopold de BLOMBERG (*Deutsche klinik.*, 1873, *n°* 1.)

L'auteur combat l'opinion généralement admise que le col utérin s'efface, pendant la grossesse, pour participer à l'augmentation de capacité de l'utérus. D'après lui, le col ne fait que se dilater pour allonger le conduit vaginal et reste constamment distinct de la cavité du corps de la matrice. L'orifice *interne* de l'utérus est le seul que l'on perçoive au moment de l'accouchement, tandis que l'*externe* s'est dilaté préalablement pour se confondre avec les parois du vagin. Parfois, chez les primipares, l'orifice externe résiste à la distension : il suffit alors d'une incision sur cet anneau peu sanguin pour faciliter l'accouchement. Si, au contraire, il s'agissait de l'orifice interne, cette opération pourrait avoir des dangers. KLEIN.

Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance, par le Dr WEISS. (*Thèse de Paris* 1873, *n°* 3.)

Dans cette étude, l'auteur passe en revue les différents procédés de réduction de l'inversion utérine consécutive à la délivrance et appuie quelques-unes de ses assertions sur huit observations nouvelles recueillies dans les services de MM. Stoltz, Tarnier et Guéniot. Si ce travail est incomplet, en ce sens que Weiss n'a point songé à présenter les résultats généraux des diverses méthodes sous forme de tableaux statistiques, on y trouvera néanmoins un résumé fidèle de l'état actuel de la question et un certain nombre de faits originaux empruntés à la littérature étrangère. Ainsi, nous attirerons l'attention sur la méthode de réduction par dilatation abdominale du col, pratiquée avec tant de hardiesse par Thomas (de New-York). La malade (de 23 ans) ayant été éthérisée, un aide introduisit la main dans le vagin et souleva l'utérus au point de porter l'anneau cervical contre la paroi abdominale. Après avoir pratiqué l'incision de l'ovariotomie, Thomas remplaça la main de l'aide et contint l'utérus par la sienne, tandis que, avec la droite, il introduisait une pince dilatatrice dans le col abdominal. La dilatation de celui-ci une fois complète, on put retourner partiellement l'utérus. Une incision du col, pratiquée antérieurement sans succès, rendit la réduction complète de la matrice plus longue et difficile. On l'obtint néanmoins, et la malade put se lever huit jours après l'opération.

Signalons enfin, parmi les procédés de réduction lente et graduée, l'emploi du pessaire à air, prôné par Tyler Smith et Fessenmayer. — Weiss insiste avec raison sur cette méthode, encore peu répandue, mais qui semble appelée à beaucoup d'avenir. L. E. DUPUY.

Des déchirures du Périnée et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serres-fines, par le Dr V. BOURGEOT. (*Thèse de Paris*, 1872, *p.* 459.)

Dans cette thèse se trouvent consignées 24 observations de déchirures du périnée, prises à la Maternité de l'hôpital Lariboisière (service de M. Siredey); dans 1 cas, la réunion a été tentée par la suture, et il y a eu insuccès complet; dans les 23 autres cas, les serres-fines ont été employées peu de temps après l'accouchement, et l'on a compté 18 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes et 3 insuccès attribués à diverses complications (érysipèle, hémorrhagie des lèvres de la plaie, etc.).

En présence de ces résultats, l'auteur conclut qu'il faut opérer toujours, même les déchirures incomplètes, et pratiquer l'opération immédiatement après l'accouchement. Suivant les cas, M. Siredey applique 3 ou 4 serres-fines et les enlève après 24 ou 30 heures.

Nous ferons remarquer en outre que, sur 600 femmes accouchées à l'hôpital Lariboisière du 1er janvier au 15 octobre 1872, 24 eurent le périnée déchiré ; les trois quarts de ces femmes étaient primipares. Il s'agit, en conséquence, d'une moyenne de 4 0/0. L'auteur trouve ce résultat déplorable et cherche à l'expliquer par l'inattention des personnes chargées de surveiller l'accouchement. « Ce serait, dit-il, à l'administration

de l'Assistance publique d'apporter un remède efficace au mal dont je viens de signaler la source. » Ajoutons que le mal n'est pas aussi grand que le pense M. Bourgeot, et le lecteur s'en convaincra en lisant les chiffres donnés par Olshausen dans sa leçon clinique sur les déchirures du périnée. (Voir *Revue des sciences médicales*, t. I, fasc. 1, p. 191.)

L. E. DUPUY.

Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est-à-dire au point de vue de la conception de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité, par le Dr J. P. TREILLE. (*Thèse de Paris*, 1873, *n°* 14.)

Les rapports des tumeurs de l'ovaire avec l'obstétrique ont fait l'objet de mémoires importants de Litzmann (1), Ellinger (2), Hirsch (3), Jetter (4). — En France, à part la thèse de Doumairon, qui est incomplète à plusieurs égards, nous ne possédions aucun travail de ce genre ; la compilation, très-complète et très-étudiée, de Treille répond à ce désideratum. Parfaitement au courant de la littérature étrangère, l'auteur nous donne un résumé de la question qui sera consulté avec fruit ; dans le chapitre consacré au *traitement*, il fournit plusieurs indications qui ne sont point toutes formulées avec la même netteté dans les ouvrages classiques. On en jugera par les conclusions suivantes :

I. — Quand la tumeur fait obstacle pendant l'accouchement, il faut : 1° la refouler hors de l'excavation, s'il est possible ;

2° Vider les tumeurs à contenu liquide, si elles ne peuvent être repoussées ; se bien garder d'ouvrir les tumeurs solides ;

3° En face d'une tumeur solide et non réductible, se conduire comme dans le cas de rétrécissements osseux, et diminuer le volume de l'enfant par les moyens usités, tout en ménageant la tumeur, dont la blessure ou même la contusion exposent à des complications mortelles ;

4° S'il est impossible de faire passer le fœtus mutilé dans l'espace du bassin laissé libre par la tumeur, pratiquer la gastrotomie, mais s'y décider au début du travail, afin de sauver l'enfant et de laisser à la mère quelques chances de guérison.

II. — Si l'expansion énorme d'un kyste séreux devient inquiétante chez une femme grosse, on aura tout d'abord recours à la ponction qui n'est qu'un traitement palliatif.

III. — Pendant les couches, on pourra ponctionner une tumeur dont le volume, l'inflammation ou la rupture compromettent gravement la vie de la malade.

IV. — Les dangers, dont l'énumération est longuement exposée dans ce travail, engagent l'auteur à mettre fin à une grossesse survenant chez une malade qui porte une tumeur de l'ovaire. L'accouchement prématuré artificiel a donné des résultats déplorables ; cependant on pourra le pratiquer sur les femmes dont le bassin peut laisser passer un fœtus viable, sans occasionner de lésions à la tumeur.

(1) *Deutsche klinik* 1052, nos 38, 40, 42.

(2) *Schweizerisch Zeitschrift für Medicin Chir. und Geburt.* 1852.

(3) *De cystidum ovarii in conceptionem, gravidatem, partum, etc.*; Berlin, 1854.

(4) *Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwulste auf Concept. etc.*; Tubingen, 1861.

Quant au *diagnostic*, l'auteur attire l'attention sur ces cas, embarrassants mais exceptionnels, où tous les signes de la grossesse manquent à la fois, et il propose de recourir alors au cathétérisme utérin, qui seul pourra donner la certitude d'une grossesse. Sans doute, on pourra provoquer ainsi l'avortement, mais Treille, au lieu de voir un inconvénient dans cette pratique, y trouve un moyen *radical* de débarrasser la femme de son produit. — Il faudrait dire *trop radical*, étant donnés les procédés bien plus parfaits entrés actuellement dans la pratique obstétricale.

L.-E. DUPUY.

I. — Die Geburten älterer Erstgeschwängerten (Les accouchements des primipares âgées), par AHLFELD. (*Archiv für Gynækologie*, 1872, *tome IV*, *fasc.* 4.)

II. — Zur Kenntniss alter Erstgebärender (Etude sur les primipares âgées), par COHNSTEIN. (*Archiv für Gynækologie*, 1872, *tome IV*, *fasc.* 4.)

I. — L'auteur appelle primipares « âgées » celles qui ont dépassé 32 ans. Sur 4,706 accouchements consignés, de 1858 à 1872, dans les registres de la Clinique de Leipzig, il a noté 102 observations où les femmes en couches avaient de 32 à 43 ans. La position du fœtus, la durée du travail, les diverses complications survenues chez ces accouchées sont résumées sous forme de tableaux statistiques qui seront consultés avec fruit. Tous ces faits ne font que confirmer les idées généralement acceptées sur ce sujet, à savoir :

L'accouchement chez les primipares âgées est rendu plus long et plus dangereux que chez les jeunes, tant à cause de l'inertie utérine que de l'inextensibilité et de la rigidité des parties molles du bassin qui s'opposent au dégagement facile des parties fœtales. L'inertie utérine amène : une durée plus longue du travail, de la prostration et de l'énervement, des métrorrhagies pendant et après la délivrance, des affections puerpérales. Quant à l'inextensibilité des tissus, elle cause : une dilatation lente de l'orifice, des contractions utérines excessivement douloureuses, la déchirure des parties molles (vagin, périnée, etc.), des hémorrhagies et des plaies, des affections puerpérales. — Dans ces accouchements, il est souvent urgent d'intervenir efficacement par quelque opération obstétricale. Les fœtus de ces primipares âgées ont à souffrir à la fois des retards apportés à l'accouchement et de l'opération que la femme est appelée à subir.

II. — Cohnstein, étudiant la même question à un point de vue général, résume d'abord les travaux produits antérieurement sur ce sujet, puis établit des statistiques d'après les 392 faits qu'il a pu rassembler dans la science.

Ses résultats ne s'éloignent guère de ceux d'Ahlfeld ; ainsi, pour ce qui est de la fréquence des opérations obstétricales chez les primipares âgées, les moyennes sont les suivantes : 57,7 0/0 lorsque le bassin est normal, et 97,59 0/0 lorsque le bassin est rétréci.— Le tableau suivant donne une idée de la gravité de ces opérations, surtout au point de vue du fœtus:

Genre d'opération.	Nombre.	Mort de la mère.	Enfants mort-nés.	Enfants morts après la naissance.
Forceps	142	29	43	10
Version et extraction	45	9	32	—
Extraction manuelle dans les présentations de l'extrémité inférieure	9	4	5	3
Extraction à l'aide du crochet	7	1	4	—
Exentération	1	—	1	—
Céphalotomie	39	17	39	—
Opération césarienne	32	19	8	3
Accouchement provoqué artificiel	12	4	4	5
	287	83	136	21

Ajoutons enfin que, sur ces 392 accouchements, il ne se produisit que 14 déchirures du périnée, c'est-à-dire une moyenne de 3,56 0/0.

L.-E. DUPUY.

De la conduite à tenir après l'application du tampon dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, par M. BAILLY. (*Gaz. des hôp.*, 1873, *nos* 8 *et suiv.*)

Bailly répète après tout le monde : « Toutes les fois que, pendant la grossesse ou la première partie du travail, se manifeste une hémorrhagie dangereuse par son abondance ou sa durée, on doit tamponner. » Mais les accoucheurs sont partagés quand il s'agit de savoir s'il faut laisser le tampon en place jusqu'à la sortie du fœtus qui le chasse devant lui, ou bien s'il faut l'enlever aussitôt qu'on suppose la dilatation du col suffisante pour terminer l'accouchement artificiellement.

Bailly, après Weill et Pajot, se prononce pour la non-intervention dans la plupart des cas où l'expectation serait permise, abstraction faite de la complication, c'est-à-dire lorsque la présentation et le volume de l'enfant d'une part, et l'énergie des contractions utérines d'autre part, permettent d'espérer une délivrance naturelle.

Cette pratique, très-favorable aux mères, n'en est pas moins défavorable aux enfants qui presque tous périssent. Et s'il était admis que l'existence d'un enfant est aussi précieuse que celle d'une femme adulte, il y aurait lieu d'hésiter avant de se conformer aux préceptes de Bailly.

L. H. F.

Zur Lehre vom Ergreifen der Füsse bei der Wendung (De la manière de saisir les pieds dans la version), par FRITSCH. (*Arschiv für Gynækologie*, 1872, *t. IV, fasc.* 3.)

La manière dont il faut saisir les pieds pour opérer la version a donné lieu à de nombreuses discussions ; pour résoudre cette difficile question,

l'auteur s'est placé sur le terrain de la clinique et a noté exactement la position du fœtus avant et après son extraction; le résultat de ses observations nous est présenté sous forme de tableaux statistiques utiles à consulter. Connaissant le véritable mécanisme de la version, Fritsch pense qu'il est inutile et même nuisible d'aller à la recherche du pied le plus éloigné. Il propose de saisir le pied qui se présente en premier lieu, car, d'après lui, il est complétement indifférent que le dos du fœtus soit placé en avant ou en arrière immédiatement après la version. En effet, pendant le dégagement, le dos, même lorsqu'il se trouve en arrière, finit par être ramené forcément en avant. Vouloir saisir le pied le plus éloigné pour ramener préventivement le dos du fœtus en avant est donc une pratique inutile et qui souvent fait perdre un temps précieux.

Lorsque les eaux sont écoulées depuis longtemps, que l'utérus se contracte fortement ou qu'il existe un rétrécissement du bassin, l'auteur pense qu'il est urgent de saisir les deux pieds; cette pratique aurait un double avantage : 1° donner plus de prise et par conséquent plus de force à l'opérateur; 2° lui donner un peu plus d'espace dans l'utérus, — ce qui, parfois, facilite singulièrement la manœuvre. L.-E. DUPUY.

De l'emploi du ballon à air dans les accouchements, par le Dr J.-B. VINAY. (*Thèse de Paris*, 1873, *n°* 15.)

Le ballon à air, ou pessaire de Gariel, a été employé depuis longtemps avec avantage dans les accouchements par MM. Rodet, Pomiès, Joulin, etc. On y a vu surtout un moyen de tamponnement facile et expéditif; Vinay, inspiré par son maître, M. Laroyenne, chirurgien en chef de la Maternité de Lyon, propose d'étendre ses applications à l'inertie utérine ralentissant le travail, à l'avortement et l'accouchement provoqués. A ce dernier point de vue, le pessaire de Gariel rendrait les mêmes services que le *colpeurynter* de Braun, et présenterait sur ce dernier l'avantage d'être moins pesant et plus facile à manier. — L'idée de Vinay nous semble très-heureuse; nous rappellerons cependant qu'elle n'est pas nouvelle, et qu'il a négligé dans son travail un chapitre important, à savoir : l'introduction d'un ballon à air volumineux dans l'intérieur de la cavité utérine dans les cas de métrorrhagies *internes*. — D'autre part, si l'on veut étendre les applications du pessaire de Gariel à l'avortement et l'accouchement provoqués, ne semble-t-il point possible à Vinay d'introduire dans la forme de cet instrument quelque modification avantageuse?

L.-E. DUPUY.

Étude sur le céphalotribe et le forceps-scie, par le Dr BACHOS. (*Thèse de Paris*, 1872, *n°* 401.)

Cette thèse renferme une observation très-intéressante de M. Tarnier, faisant ressortir à la fois les avantages et les inconvénients du forceps-scie de van Hnevel; il s'agit d'une femme de 25 ans, rachitique, dont le diamètre sacro-sous-pubien du bassin était de 9 centimètres; l'angle sacro-vertébral semblait plus incliné à gauche qu'à droite, ou bien la

moitié gauche du bassin moins développée que la moitié droite. M. Tarnier appliqua le forceps-scie et put, en 4 minutes, partager la tête de bas en haut dans le sens de son diamètre vertical. La tête s'affaissa en se vidant et n'offrit plus alors à l'instrument le point d'appui nécessaire à son entraînement. En conséquence, il fut impossible de terminer l'accouchement avec le forceps-scie et l'on dut employer le cranioclaste, les doigts, les lacs passés autour d'une masse musculaire que l'on avait pu attirer au dehors. Bref, à partir de la division de la tête, tout fut imprévu, irrégulier, et certes, le succès obtenu dans ce cas doit être attribué en grande partie à l'habileté de l'opérateur.— Ajoutons que M. Tarnier a fait deux autres applications de forceps-scie avec un plein succès. — L'instrument de van Hnevel est donc expérimenté maintenant à la Maternité de Paris, et il sera intéressant de comparer les statistiques de M. Tarnier avec celles des accoucheurs belges et italiens. — On sait que les statistiques étrangères sont favorables à l'emploi du forceps-scie ; quant à l'auteur de cette thèse, il conclut « qu'actuellement le céphalotribe devrait être remplacé par le forceps-scie, non pas tant à cause de l'instrument lui-même, que pour son mode d'action qui lui paraît devoir faire courir moins de risques à la malade ; ce qui d'ailleurs est démontré par la statistique. »

L.-E. DUPUY.

Note sur les effets de l'hydrate de chloral administré contre l'éclampsie puerpérale et pendant le travail de l'accouchement, par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Lue à la Société de thérapeutique, dans sa séance du 10 janvier 1873. (*Gaz. méd., de Paris, n° 5, p. 61, 1873.*)

L'auteur de cette note cite une seule observation où les accès éclamptiques furent combattus avec succès par l'hydrate de chloral. Dans le second cas qu'il rapporte, il pense, ce qui sans doute a besoin d'être démontré, que l'emploi de ce médicament a prévenu l'apparition des accidents éclamptiques chez une femme atteinte d'albuminurie avec œdème des membres inférieurs à la fin de sa grossesse, et qui se plaignait déjà de quelques troubles urémiques (céphalalgie, insomnie).

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté le chloral dans certains accouchements à marche anormale. Lorsque les contractions utérines sont douloureuses, rapprochées sans profit, chez les femmes nerveuses, le chloral aurait eu pour effet de rendre les contractions beaucoup moins douloureuses sans produire le sommeil, de leur donner plus d'intensité et de hâter la durée du travail.

HENRI HUCHARD.

Effets de l'hydrate de chloral pendant le travail de l'accouchement, par M. BOURDON. (*Gazette des hôpitaux*, 1873, *n° 22.*)

M. Bourdon a observé un effet, à priori « invraisemblable », de l'administration de l'hydrate de chloral sur les contractions utérines. Celles-ci, au lieu de perdre de leur force en devenant indolentes, acquièrent plus d'intensité, de sorte que la durée du travail se trouve diminuée. M. Lam-

bert, chirurgien de la Maternité d'Edimbourg, a déjà signalé cette particularité intéressante. A. J.

Ueber Temperaturmessungen zur Diagnose des Lebens oder des Todes des Fœtus (Sur la thermométrie considérée comme moyen de diagnostic de l'état de vie ou de mort du fœtus), par le Dr COHNSTEIN. (*Comm. à la Soc. obstétricale de Berlin, séance du 10 décembre 1872, compte rendu in Berlin. klin. Wochens., 1873, n° 5, p. 58.*)

Si les bruits du cœur et les mouvements actifs du fœtus sont, quand ils existent, des signes certains que l'enfant est vivant, l'absence de ces deux signes n'est pas toujours un indice irréfutable de sa mort, car elle est sujette à des appréciations individuelles. L'auteur propose comme nouveau moyen de diagnostic la mensuration de la température utérine. L'enfant ayant une chaleur animale plus élevée que la mère communique à la matrice de cette dernière une partie de son excès de chaleur. Lorsque l'enfant est mort, les phénomènes sont inverses et c'est l'utérus qui cède, à son tour, de sa chaleur au fœtus.

Cette manière de voir se trouve confirmée par une observation de Schrœder (*Virchow's Archiv*, vol. XXXIV, p. 261). Si donc la température de l'utérus est seulement égale ou même inférieure à celle du reste du corps (aisselle, vagin en particulier), c'est un symptôme certain de mort du fœtus. Il suffit, pour s'en assurer, d'introduire un thermomètre recourbé jusque sur l'orifice interne du col. C'est aussi un moyen de faciliter le diagnostic différentiel entre les grossesses extra et intra-utérines.

A l'encontre de l'auteur, plusieurs membres de la Société élèvent des doutes sur l'innocuité d'application de l'instrument pendant la grossesse.

J. B.

Vom Leben und Tode der Frucht (Constatation de la vie ou de la mort du fœtus), par COHNSTEIN. (*Archiv für Gynækologie*, 1872, *tome IV*, *fasc.* 3.)

On constate d'habitude la vie du fœtus par diverses manifestations vitales (battements du cœur, mouvements fœtaux), mais on n'a point songé aux résultats négatifs permettant d'affirmer la mort elle-même.

Or il est démontré que la température de l'enfant est plus élevée que celle de la mère; donc un thermomètre introduit dans l'intérieur de la cavité utérine d'une femme enceinte accuse une élévation du mercure plus grande que celle du vagin ou de l'aisselle. L'enfant est-il mort, cette différence de température n'existe plus. — Le thermomètre permettrait donc, d'après l'auteur, d'affirmer ou de nier la vie du fœtus. Dans certains cas difficiles, l'élévation de la température dans la cavité utérine permettrait même de fixer le diagnostic de la grossesse.

L'expérience personnelle de Cohnstein lui aurait appris en outre que l'introduction du thermomètre dans l'utérus, faite avec précaution, était exempte de toute espèce de danger, tant pour la mère que pour l'enfant.

L.-E. DUPUY.

Note sur une lésion non décrite due à la pression du forceps (Vésicules traumatiques de la face chez le nouveau-né), par M. GUÉNIOT. (*Gazette obstétricale de Paris, mars* 1873.)

M. Guéniot a observé trois fois cette lésion, non décrite avant lui, et qui cependant ne doit pas être très-rare. Sur les bords du tracé rougeâtre laissé par le forceps se développent rapidement une ou plusieurs séries de vésicules, à contenu transparent, ayant les dimensions d'une tête d'épingle ou même d'un pois, et offrant une grande analogie d'aspect avec les sudaminas, ou mieux, avec la miliaire cristalline.

La cause présidant à la formation de ces vésicules est comparée par M. Guéniot à celle qui engendre les phlyctènes dans le voisinage de certaines fractures ; il ne faudrait point cependant admettre par analogie une fracture du crâne qui n'existait point dans les cas observés jusqu'à présent. Cette affection est au contraire fort bénigne et disparaît spontanément au bout de peu de jours. L.-E. DUPUY.

Observations diverses relatives à l'obstétrique.

Retroversion of gravid uterus; retention of urine (Rétroversion de l'utérus pendant la gestation; rétention d'urine), par le Dr BARNES. (*Medic. Times and Gaz.*, 28 *sept.* 1872.)

Mme M., âgée de 42 ans, fut reçue le 8 janvier 1872 à l'hôpital Saint-Thomas. On la croyait atteinte d'hydropisie. Elle avait eu précédemment 8 fausses couches et n'avait jamais amené un enfant à terme. Ses règles avaient cessé d'apparaître depuis 5 mois. Trois semaines auparavant, après avoir dansé, elle avait été prise de douleurs dans le ventre qui, depuis lors, avait pris un développement considérable. Elle urinait très-souvent, mais très-peu à la fois.

12 janvier. A un premier examen, on trouva le ventre très-développé ; les veines superficielles étaient saillantes ; il y avait une fluctuation très-nette que les changements de position de la malade ne modifiaient pas. Une sonde fut introduite dans la vessie et donna issue à plusieurs litres de liquide. Par le toucher vaginale le docteur Barnes trouva le col de l'utérus placé très-haut, derrière la symphise du pubis auquel il était accolé ; tout à fait en arrière on trouvait le corps de l'organe qui présentait le volume d'une orange. Le docteur Barnes diagnostiqua une rétroversion utérine produisant secondairement une rétention d'urine. Des cathétérismes repétés empêchèrent la rétention de se reproduire, et quelques mois après la malade accoucha d'un enfant vivant. J. DUBRISAY.

Inversion de l'utérus. Dr W. LEELER. Suffolk district med. Soc., 30 nov. 1872. (*The Boston med. and. surg. Journal*, 5 *décembre* 1872, *p.* 397.)

L'inversion de l'utérus avait immédiatement suivi une délivrance artificielle. Réduction par le taxis, en retournant d'abord les parties voisines du col, et terminant par le fond.— D'après l'auteur, il serait très-dangereux de commencer la réduction par le fond; le docteur Thompson cite à

l'appui un cas de mort trois ou quatre jours après la réduction dans un cas où l'on avait suivi cette dernière pratique.

CH. P.

Case of destruction of base of the Bladder treated by closure of the vagina (Destruction du bas-fond de la vessie traitée par l'occlusion du vagin.) Adelaide Hospital. Dr ATTHILL. (*The medic. press and circul.*, 18 *déc.* 1872, *p.* 528.)

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 28 ans et accouchée de son premier enfant en avril 1871. A la suite d'un travail laborieux qui dura trois jours et trois nuits, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait retenir son urine.

Le 13 juillet 1872, à son entrée à l'hôpital, on constata une occlusion du vagin à sa partie supérieure; elle cachait l'utérus. Cependant les règles s'écoulaient par une ouverture qu'on ne put arriver à découvrir. La paroi antérieure du vagin était détruite à trois quarts de pouce en arrière de l'orifice de l'urèthre; il y avait aussi une destruction du bas-fond de la vessie; l'ouverture était à peu près circulaire. Une bande cicatricielle résistante s'étendait au-dessous d'elle, en travers de la paroi antérieure du vagin, et au-dessous de cette bride on trouvait un petit orifice qui communiquait avec l'urèthre. Il ne restait qu'un demi-pouce de ce canal, mais il était oblitéré.

Le Dr Atthill eut recours à l'oblitération du vagin pour remédier à la triste infirmité de cette femme.

Il rétablit d'abord l'urèthre à l'aide d'un trocart qui fut laissé à demeure pendant les premiers temps. Au bout de trois semaines, le trajet uréthral paraissant ne plus avoir de tendance à se fermer, l'occlusion du vagin fut pratiquée.

L'avivement fut effectué sur une largeur d'un quart de pouce et les surfaces saignantes réunies avec des sutures en fil de fer fin. Une sonde fut placée dans l'urèthre, et la malade dut rester couchée sur le ventre.

Au septième jour, les sutures furent enlevées, mais la réunion ne s'était effectuée que sur une très-petite étendue, et l'urine s'écoulait dès que la malade quittait la position horizontale.

Quinze jours plus tard, une seconde opération fut pratiquée. La réunion fut maintenue avec la *suture enchevillée* et parut complète. Cependant, quand la malade se levait, il s'écoulait encore de temps en temps une goutte d'urine. A l'aide d'injections de lait, on finit par découvrir un petit pertuis près de la commissure inférieure des grandes lèvres. Pour le fermer, le Dr Atthill dut faire un nouvel avivement de chaque côté et rapprocher les surfaces, au-devant de l'ouverture, avec des fils de soie. Le succès fut complet, cette fois.

Pendant quelques semaines, l'opérée souffrit beaucoup de l'irritation causée par la présence de l'urine dans la nouvelle cavité vésicale. Des injections d'eau phéniquée firent disparaître cette irritation. La malade fut longtemps aussi avant de pouvoir vider sa vessie. Aujourd'hui, elle garde son urine plusieurs heures, elle vide volontairement sa vessie, et les règles s'écoulent par l'urèthre.

E. D.

Case of vesico-vaginal fistula, involving the urethra, with successful operation (Fistule vésico-vaginale intéressant l'urèhtre, guérison), by Dr STODDARD, of Northampton. (*Read at a meeting of the Hampshire County Medical Society, 9 oct. 1873.*) — (*The Boston med. and surg. Journal, 14 nov. 1872, p. 237.*)

La malade avait été opérée sans succès en Irlande, il y a six ans (*novembre* 1866). Elle avait alors 35 ans et était accouchée depuis trois semaines seulement.

La seconde opération fut faite le 27 avril 1872. On aviva la muqueuse vaginale sur une zone d'un tiers de pouce de largeur, autour de la fistule, mais à la distance d'un quart de pouce des lèvres de l'orifice, qui furent laissées intactes. On put ainsi ménager l'urèthre, qui s'abouchait intérieurement sur le bord de la fistule.

On appliqua dix points de suture métallique entrecoupés. Les fils furent enlevés le onzième jour et la sonde supprimée le quinzième. — Six mois après, la malade conserve ses urines, la miction a lieu volontairement et de trois à quatre fois par jour seulement. CH. P.

Lyssa in Wochenbett (Rage déclarée pendant la grossesse), par P. RUGE. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, tome II, fascicule* 1, 1872.)

L'auteur rapporte l'observation très-détaillée d'une jeune femme de 21 ans qui, étant enceinte, présenta subitement les symptômes caractéristiques de la rage. Elle portait à la fesse gauche une cicatrice laissée par les morsures d'un chien qui, à ce moment, était encore bien portant. L'accouchement se fit avant terme : l'enfant était mort-né et ne pesait que 2,530 grammes. La mère succomba au bout de deux jours.

Ce fait est intéressant à un double point de vue : d'une part, l'accouchement fut provoqué avant terme par l'*invasion* de la maladie ; d'autre part, il résulte des détails rapportés par l'auteur que la *période d'incubation* de la rage a été prolongée par la grossesse. Cette dernière particularité a déjà été signalée par Spinola, chez des vaches où les symptômes rabiques n'ont éclaté qu'après la parturition (1). L.-E. DUPUY.

Thrombus de la vulve. Dr S. CUSHING. Suffolk district med. Soc., 30 novembre 1872. (*The Boston med. and surg. Journal, 5 décembre 1872, p. 396.*)

Thrombus chez une femme de 20 ans, développé trois quarts d'heure après l'accouchement. Cinq semaines après, ablation du caillot par une incision au périnée. — Le docteur Bixby, dans des cas semblables, a ouvert le sac, enlevé le caillot et détruit le sac par le nitrate acide de mercure.

Il n'est pas fait mention du mode de terminaison. CH. P.

(1) Rœll, *Lehrbuch der Pathol. u. Therapie der Hausthiere*, Vienne, 1867.

Opération césarienne pratiquée sur une femme vivante et suivie de guérison, par le Dr CHAUVIN, de Derval. (*Journal de méd. de l'ouest*, 1re *série*, 6e *année*, *t. XVII*, *p.* 284.)

Cette opération est remarquable par la rapidité de la cicatrisation de la plaie abdominale qui, après des symptômes alarmants de péritonite, fut complète vingt jours après l'opération. H. H.

Travail de cinquante et une heure; cloisonnement longitudinal complet du vagin ultérieurement reconnu; application du rétroceps et suites de couches heureuses pour la mère et pour l'enfant, par le Dr HAMAN. (*Bull. gén. de thérap.* 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 172.)

Le traitement consista en lotions astringentes (noyer) poudres et agent isolant du contact de l'air et de l'urine (poudres de riz, de lycopode et bismuth, linge fin doublé de taffetas gommé). A. R.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Gynécologie.

Hysterology: A treatise, descriptive and clinical, on the diseases and the displacements of the uterus, by Edwin Nesby Chapman, late professor of obstetrics, etc., in the Long Island College Hospital, in-8°, p. 504. — New-York, 1872

Observation d'hermaphrodisme, par le Dr Delacroix. (*Soc. méd. de Reims*, *Bull. n°* , p. 53.)

A case of hermaphroditism, par William-C. Hills. (*The Lancet*, 25 janv., t. I, p. 129.)

Absence d'utérus et de vagin, par Uzziel-Ogden, traduit de *Canada Lancet*. (*Journal de méd. de Bruxelles*, janv.)

Folliculite vulvaire; gangrène de la vulve; infection septique générale; infarctus pulmonaires; endocardite aiguë végétante; gangrène consécutive de la main gauche, par Labadie-Lagrave. (*Bull. Soc. anat.*, 47e année, 2e série, tome XVII, p. 367.)

Des fistules recto-vaginales accidentelles, par Adam. (*Thèse de Paris*, n° 33.)

Sur un cas d'oblitération artificielle du vagin (méthode indirecte du traitement des fistules vésico-vaginales), par H. de MONTIGNY. (*Thèse de Paris.*)

Cases of cystitis, caruncle of the urethra and inflammation and ulceration of the mucous membrane in the neighbourhood of the urethra (Observations de cystite (chez la femme); fongosités de l'urèthre; inflammation et ulcération de la muqueuse au voisinage de l'urèthre). Edinburgh Royal Infirmary. Dr MATTHEWS DUNCAN. (*Med. Times and Gaz.*, 15 mars, t. I, p. 237.)

Ueber die lokale Behandlung der Frauenkrankheiten in Badeorten (Sur le traitement local des maladies des femmes dans les villes d'eaux), par le Dr CASPARI, de Meinberg. (*Deutsche Klinik.*, n° 2.)

Hématocèle rétro-utérine avec accidents d'étranglement interne causés par une anomalie de l'S iliaque du colon. Dr HERGOTT. (*Mém. Soc. méd.*, Strasbourg, 1872, p. 149.)

Beitrag zur retrouterin Hæmatocele, von Dr F. WEBER, Ordinator des Obuchow-Hospitals in S. Petersburg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, p. 6.)

Lecture on retro-uterine hæmatocele, delivered at the faculty of medicine of Paris, par le Dr DOLBEAU. (Leçon recueillie par Osborne C. Powell.) (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., t. I, p. 109. *Id.* 15 févr., p. 161. *Id.* 1er mars, t. I, p. 217.)

Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs inflammatoires rétro-utérines, par BROCARD. (*Thèse de Paris*, n° 75.)

Hæmatometra, par le Dr WHEELER, de Boston. (*Journ. of Gynecological Society*, juillet 1872; in *The medical Record*. New-York, 1er janv., p. 12.)

Du phlegmon péri-utérin, par C.-J. ROUMIEU. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 428.)

De l'aménorrhée accidentelle, par le Dr CARRETERO. (*Correspondencia Medica*, janv. 16.)

De la métrorrhagie, par GARAT. (*Thèse de Paris*, n° 54.)

New insufflator for treating diseases of uterus, par J. CLAY. (*Lancet*, 1er fév.)

Intra-erine injections, par J. WHITEHEAD. (*Brit. med. Journ.*, 1er fév., t. I, p. 115.)

On the various modes of applying remedies to the internal surface of uterus, par Robert BARVES. (*Brit. med. Journal*, 11 janvier.)

Die Anschwellungen u. Verhärtungen der Gebärmutter sind nicht unheilbar (Les fluxions et les engorgements de la matrice ne sont pas incurables). MARTINI, Augsbourg.

Traitement de la métrite chronique, par T. GALLARD. (*Un. méd.*, n° 1, 4 janv., p. 3; et n° 2, 7 janv., p. 16.)

Lectures on intra-uterine medication in the treatment of chronic uterin catarrh, par PLAYFAIR. (*Lancet*, 4 janvier, 11 janvier.)

Chronic inflammation of the cervix uteri, its effects and treatment. Dublin Obstetrical Society. Dr MADDEN. (*Med. press and circul.*, 12 févr., p. 145.)

Clinical lectures on prolapse of the womb (Lectures cliniques sur le pro-

lapsus utérin), par W.-H. Goodall, M. D. (*Philadelphia medical Times*, nov. and dec. 1872.)

Beitrag zur Kenntniss des Uterussarkoms (Du sarcome de l'utérus), par Chroback. (*Arch. für Gynækologie*, 1872, tome VII, fasc. 4.)

A case of uterine hydatids, par Spencer-T. Smyth. (*Brit. med. Journ.*, 18 janv., t. I, p. 61.)

Due casi di tumori intrauterini (Deux cas de tumeur intra-utérine), par A. Zotti. (*Raccoglitore med. de Forli.*)

Clinical notes on the electric cautery in uterine surgery, par J. Byrne. (*The medical Record*. New-York, 2 déc. 1872, p. 529.)

Obs. 16e. Polype cellulo-fibreux volumineux du col, constaté, pour la première fois, cinq jours après l'accouchement.

Obs. 17e. Amputation du col pour hypertrophie et prolapsus, suivie d'une ascension permanente de l'utérus.

Obs. 18e. Tumeur fibreuse intra-pelvienne. Troisième opération sur la même malade. (*The medical Record*. New-York, 1er janv., p. 1.)

Polype intra-utérin ; écrasement linéaire ; emploi du forceps de Levret modifié, par Gallet-Lagoguey. (*Bull. gén. de thérap.*, 1872.)

Fibroïd tumors of the uterus, par Alfred Meadows, in *Am. Journ. Obstetrics* (*The medical Record*. New-York, 15 févr., p. 84.)

After-treatment of fibroïd tumors of the uterus, par Alfred Meadows, in *Am. Journ. Obstetrics*, août 1872. (*The medical Record*. New-York, 15 févr., p. 84.)

Cases of polypus of the uterus (Cinq observations de polypes utérins), par John Cranny. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1872.)

A propos de cette présentation faite à la *Société obstétricale de Dublin*, une discussion a eu lieu sur les avantages et les inconvénients des tiges de *laminaria* dans le traitement des maladies utérines.

1. Polypus of the uterus. 2. Laceration of the perineum, sphincter ani, and recto-vaginal partition. 3. Epithelial disease of the cervia uteri; severe menorrhagia; amputation of the whole of the cervix uteri. (*Med. Times and Gaz.*, 21 déc. 1872, t. II, p. 678.)

Histoire des kystes de l'ovaire envisagés surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. L. Gallez, Bruxelles.

Des difficultés du diagnostic dans quelques cas de kystes de l'ovaire, par C. Billot. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1872, 35 pages.)

On the treatment of suppurating ovarian cysts by drainage, par le Dr Phillips. (*The Lancet*, 28 déc. 1872, t. II, p. 916.)

Du traitement des kystes de l'ovaire par le drainage, par A.-G. Millot. (*Thèse de doctorat*, Paris, in-4e, 41 pages.)

Cystic degeneration of ovum. M. Lawson-Tait. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Ein Fall von zusammengesetztem Dermoid des Ovarium (Sur un kyste dermoïde de l'ovaire), par le Dr Carl FRIEDLÆNDER in Halle. (*Archiv für path. Anat.*, vol. LVI, l. 3.)

Ovariotomie ; adhérences très-étendues et très-solides du kyste avec la paroi abdominale, guérison. — Deux observations par le Dr D'OLIER, d'Orléans. (*Gaz. des hôpitaux*, 1872, n° 143, et 1873, n° 1.)

Dans l'un de ces cas, une grossesse double survint après l'ablation d'un ovaire.

Ovariotomie pratiquée à l'hôpital et suivie de guérison. — Observation recueillie par MM. REICHARD et SCHLUMBERGER, internes dans le service de M. E. BŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Gastrotomie : Diagnostic et traitement des kystes hémorrhagiques de l'ovaire, par PÉAN. (*Courrier méd.*)

Eleven cases of ovariotomy (Onze observations d'ovariotomie). Dr LLOYD-ROBERTS. (*The Lancet*, 1er févr., t. I, p. 168.)

General and differential diagnosis of ovarian tumours with special reference to the operation of ovariotomy ; and occasional pathological and therapeutical considerations, by Washington-L. ATLEE, with thirty-nine illustrations. 8°, pp. 482. Philadelphia.

Ovarian tumours ; their pathology, diagnosis and treatment, especially by ovariotomy, by E.-Raudolph PEASLEE, professor of gynæcology, etc. ; with fifty-six illustrations. 8° pp. 551. New-York, 1872.

Ovariotomy successfully performed for the first time in Constantinople, par R. SARELL. (*Med. Times and Gaz.*, 15 févr., t. I, p. 166.)

Contribuzione alla storia dell'ovariotomia in Italia (Contribution à l'histoire de l'ovariotomie en Italie en 1872), par F. MARZOLO. (*Gaz. ital. prov. venet.*, de Padoue, 1872 et 1873.)

Treizième ovariotomie en Italie, par PERUZZI. (*Il Raccoglitore Medico Forli*, jan. 10.)

Présentation de quelques cas de tumeurs de l'ovaire. Dr GEROLAMO, (*Gazetta delle Cliniche*, jan. 7, 14, 28, and feb. 4 and 18.)

Oväriotomien (Treize cas d'ovariotomie), par le prof. BILLROTH, de Vienne. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 1, 4 janvier, et n° 2, 11 janvier 1873.)

Sulla estirpazione dell'utero inverso con guarigione (Sur l'extirpation de l'utérus renversé, suivie de guérison), par le prof. Martin BARBA. (*Il Morgagni*, de Naples, 1872, p. 594.)

Removal of fibrous tumour of the uterus (Ablation d'une tumeur fibreuse de l'utérus, par la gastrotomie). M. LAWSON-TAIT. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Du cancer de l'utérus et des tumeurs fibreuses de l'utérus envisagées dans leurs rapports avec la grossesse, par R. TESTEAU. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 49.)

Todd on ablation of a cancer of the neck of the uterus in a pregnant woman (Mort après l'ablation d'un cancer du col de l'utérus chez une femme enceinte). Dr WOLTON TODD. (*Pacific medical and surgical Journ.*, déc. 1872.)

On mechanical and forcible dilatation of the cervix uteri, par Henry BENNET. (*Brit. med. Journal*, 21 déc. 1872, II, p. 681.)

On mechanical dilatation of the cervix uteri, par J. Matthews DUNCAN. *Brit. med. Journ.*, 25 janv., I, p. 85.)

On dilatation of the cervix uteri, par HEYWOOD SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr. 1873, I, p. 166.)

De la dilatation artificielle du col utérin, par JOULIN. (*Gazette de Joulin*, février 1873.)

Obstétrique

The obstetrics of the Bible (De l'obstétrique dans la Bible), par le Dr J.-T. WHITAKER. (*Ohio clinic.*, déc. 28, 1872.)

Zur Lehre vom Fruchtwasser und seiner übermässigen Vermehrung (Du liquide amniotique et de l'hydramnios), par YUNGBLUTH. (*Arch. für Gynækologie*, 1872, tome IV, fasc. 4.)

On the systematic examination of the abdomen, with a view to rectifying malpositions of the fœtus during labour, par le Dr EDIS. (*The Lancet*, 28 déc. 1872, II, p. 915.)

Etude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le Dr L. SENTEX. Bordeaux et Paris.

The employement of chloral hydrate in midwifery (Emploi de l'hydrate de chloral en obstétrique), par Franz HESSE. Berlin, oct. 1872.

Action amyosthénique du chloral sur la matrice, par M. MARTINEAU. (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 31.)
Dans un cas où il y avait menace d'avortement chez une femme enceinte de sept mois, le chloral à la dose de 1 gramme a suspendu les accidents, ce que n'avait pu faire le laudanum à la dose de douze gouttes.

De l'emploi du chloroforme dans les opérations obstétricales, par VERRIER. (*Gazette obstétricale*, Paris, mars.)

A new forceps (Nouveau forceps), par H. LŒWENTHAL. (*The med. Record.*, New-York, 15 févr., p. 94.)

De l'agaric blanc comme traitement de la galactorrhée, par JOULIN. (*Gazette de Joulin*, mars.)

De l'accouchement spontané après la mort, par L. PÉNARD. (*Annales d'hyg. pub. et de méd. lég.*)

Einige Beiträge zu den spontan verlaufenden Geburten bei engem Becken (De l'accouchement spontané dans les rétrécissements du bassin), par OSTERLOH. (*Arch. für Gynækologie*, 1872, tome IV, fasc. 4.)

An obstetric case. Lettre du Dr Francis ELKINGTON. (*The Lancet*, 22 févr., I, p. 292.)

Notes on obstetric cases, par Thomas SAVAGE. (*The Lancet*, 22 févr. I, p. 267.)

Mechanism of expulsion of the placenta, par W. Lyon. (*Brit. med. Journ.*, 14 déc. 1872, II, p. 652.)

Case of retained placenta illustrative of the method of removal by compression (Cas de rétention du placenta ; emploi de la méthode d'extraction par la compression de l'utérus), par le Dr Mc Guire. (*Med. Press and Circul.*, 22 janv. 1872, p. 63.)

Gesammelte Erfahrungen über Placenta prævia, par Rokitansky junior. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 4.)

De la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement, par Omiecinsky. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 361.)

Abnormitäten in der Schwangerschaft (Anomalies de la grossesse), par le Dr Mich. Karner de Tœplitz. (*Wiener mediz. Wochensch.*, n° 50, 1872.)

Case of protracted gestation (Observation de grossesse prolongée), par R.-J. Carey. (*The Lancet*, 22 févr., I, p. 293.)

Grossesse extra-utérine constatée après la mort, par A. Dufour. (*Gaz. obstétricale.*)

Grossesses multiples ; présentations anormales, par M. Viguier. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 4.)

Il s'agit d'une marchande de lingerie portant une boîte appliquée sur le côté gauche du ventre. Il semble que ce soit là la cause des présentations par le siége ou par l'épaule de la plupart de ses enfants (sept sur dix.)

Cas de dystocie due à une présentation vicieuse du fœtus, par le Dr E. Varvelli. (*L'Indipendente*, jan. 25 and feb. 5.)

L'hydrocéphalie congénitale au point de vue de la parturition, par M. Depaul. Leçon recueillie par le Dr Le Coin. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 17.)

Cette leçon renferme une observation dans laquelle on voit l'accouchement se terminer après de très-violentes tractions, malgré les dimensions de la tête :

Diamètre occipito-frontal.....	16	centimètres.
— bi-pariétal.....	14	—
— sous-occipito-bregmatique	15	—

Eine Zwillingsgeburt mit beiden Kœpfen im Becken (Accouchement gémellaire avec engagement simultané des deux têtes). Dr Klingelhœfer. (*Berlin. klinische Wochenschrift*, n° 2, page 19, et n° 3, p. 28.)

Dystocie fœtale ; grossesse gémellaire, par Bouyer. (*Gaz. obstétr.*)

Delivery by the forceps in face-presentation in the mento-lateral position. Obstetric Soc. of London. Dr Braxton-Hicks. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 237.)

Deux applications de rétroceps, par Lembert. (*Abeille méd.*, 1872.)

Rétrécissement du bassin ; forceps ; céphalotripsie ; gangrène pelvienne ; mort ; par M. Bassereau. (*Bull. de la Soc. anat.*, 47e année, 1872, 2e série, tome XVII, page 163.)

Delivery by cephalotripsy. Obstetrical Society of London. Dr Braxton-Hicks. (*Med Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 237.)

Opération césarienne pratiquée *post mortem puerí* dans un cas de rétrécissement prononcé du bassin; guérison, par CHAUVIN DE DERVAL. (*Gazette obstétricale de Paris*, janvier.)

Des ruptures transversales de la portion vaginale du col de l'utérus pendant l'accouchement, par TURY. (*Thèse de Paris*, n° 64.)

Faut-il soutenir le périnée pendant l'accouchement? par JOULIN. (*Gaz. de Joulin*, 1872.)

On rupture of the perineum (Rupture du périnée dans les différents pays, son traitement), par J. EWART. (*Med. Gaz. de Calcutta*, 1872 et 1873.)

Rupture of the perineum into the rectum; operation; recovery. Dr HULKE. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, II, p. 881.)

Déchirure complète du périnée et d'une grande partie de la cloison recto-vaginale (0m05); opération; guérison; par LETENNEUR de Nantes. (*Soc. de chir.* et *Gaz. des Hôpitaux*, n° 28.)

De la périnéorrhaphie, par S. MIFFRE. (*Thèse de Paris.*)

De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë, par DEREVOGE. (*Thèse de Paris*, n° 52.)

The treatment of *post partum* hœmorrhage by the intra-uterine injection of perchloride of iron. Obstetric. Soc. of London. Dr HEYWOOD-SMITH. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 237.)

Cessation brusque des accès d'éclampsie après une injection hypodermique d'atropine et de morphine, par DIVET. (*Abeille méd.*, 1872.)

Tre casi di eclampsia puerperale felicemente trattati col metodo antiflogistico (Trois cas d'éclampsie puerpérale traités avec succès par les antiphlogistiques), par P. DONATI. (*Gaz. med. ital. prov. venete de Padoue.*)

Des causes de l'avortement dépendant du père et de la mère, par BOUSQUET. (*Thèse de Paris*, 1872, n° 445.)

On the induction of premature labour (De la provocation de l'accouchement prématuré), par John BASSET. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 225.)

Vomissements incoercibles chez une femme enceinte; avortement provoqué; tumeur glanduleuse de la muqueuse stomacale; mort; par M. RECLUS. (*Bull. de la Soc. anat.*, 47e année, 1872, 2e série, tome XVII, page 113.)

Grossesse de cinq mois; antéversion utérine très-considérable; avortement; rupture des membranes, non suivie de l'expulsion du fœtus; putréfaction et dissociation de l'enfant dans l'utérus; extraction successive de presque tout le squelette; accidents graves; guérison. Observation recueillie par M. le Dr RAEIS de Phalsbourg. (*Gaz. de Strasbourg*, 1er janvier.)

Quelques réflexions sur l'avortement thérapeutique obtenu par l'introduction dans l'utérus d'une sonde élastique olivaire, à l'occasion de l'observation de M. Notta de Lisieux, par le Dr MATTEI. (*Un. méd.*, 21 déc. 1872, n° 151, p. 949.)

Des propriétés abortives du sulfate de quinine, par RANCILLIA. (*Courrier méd.*)

MALADIES DES ENFANTS.

ANALYSES.

Compendium der Kinderkrankheiten für Studirende und Aerzte, von Dr Johann STEINER. (*In-8° de 456 pages, chez W. Vogel, éditeur, Leipzig,* 1872.)

Ce traité des maladies de l'enfance, comme son titre l'indique, à l'usage des médecins et des élèves, est destiné à leur servir de guide à l'hôpital aussi bien que dans la pratique. C'est du moins dans ce but qu'il a été conçu par son auteur, auquel une grande expérience, jointe à un long séjour à l'hôpital François-Joseph de Prague, donnaient quelque droit à entreprendre une pareille tâche.

Une telle tentative, qui serait téméraire en France, peut être louable et même couronnée de succès en Allemagne, où la littérature médicale, si riche en général, est presque absolument dépourvue de traités sur la matière.

Trois ouvrages de cette nature composent en effet tout leur arsenal scientifique et tous les trois présentent d'innombrables lacunes : ceux de Gerhardt et de Vogel sont imparfaits et mal conçus; le traité plus récent de Steffen pourrait seul braver la concurrence; mais depuis bientôt cinq ans que son premier fascicule a vu le jour, les trois qui l'ont suivi ne traitent que des maladies des organes respiratoires et n'ont pu encore épuiser le sujet.

Ainsi donc, le compendium ou, pour parler plus exactement, le manuel de pédiatrique du docteur Steiner répondait en Allemagne à un véritable besoin; mais il ne peut se soustraire aux justes reproches que l'on adresse en général à toute œuvre de cette nature : en embrassant un sujet aussi vaste, l'auteur laisse forcément dans l'ombre une foule de points importants et ne peut tenir compte de ces innombrables modalités qui ne sont familières qu'au vrai clinicien. Mais, à côté de cette imperfection générique, nous sommes obligé de signaler une foule d'autres lacunes que M. Steiner aurait pu combler; c'est ainsi que nous avons noté avec un certain étonnement l'absence presque complète des affections chirurgicales de l'enfance et des maladies des nouveau-nés.

Les points les plus importants tels que la trachéotomie, la diphthérie, les épanchements pleuraux, la paralysie infantile, les con-

vulsions, y sont esquissés en quelques lignes ; mais il serait trop long d'énumérer ce qui manque à l'ouvrage. Examinons plutôt ce qu'il renferme, en notant les chapitres qui nous ont paru intéressants ou défectueux.

Dans un exorde banal et incomplet, l'auteur signale les difficultés dont sont entourés l'étude de la pathologie infantile et l'examen des petits malades.

Les vingt premières pages sont consacrées à cette ébauche imparfaite de *séméiotique*, comprenant les signes fournis par le facies, l'habitus extérieur, le pouls, la température, les divers moyens physiques d'exploration, la toux, le cri, les vomissements, les selles, etc.

Dans un second chapitre, assurément le meilleur, Steiner étudie les *maladies du système nerveux;* dans le premier groupe, contenant les maladies du cerveau et de ses enveloppes, il examine successivement l'anémie, la congestion et les hémorrhagies cérébrale et méningée, puis la thrombose des sinus de la dure-mère et la pachyméningite. Quoique ces deux derniers paragraphes soient extrêmement succincts, ils nous semblent d'autant plus dignes d'être signalés, qu'ils ont été peut-être trop laissés dans l'ombre par la plupart des auteurs français. Loin de nous la pensée d'établir le moindre parallèle entre leurs écrits, où se reflètent à chaque page le vrai sens clinique, l'expérience et le profond savoir, et ce petit memento de pathologie qui aurait tant gagné à s'inspirer davantage des travaux de nos compatriotes ! Nous devons toutefois rendre au docteur Steiner cette justice, qu'à l'encontre de ses confrères d'outre-Rhin, il a eu l'honnêteté de faire figurer quelques noms français, de nous tous bien connus, dans son ouvrage. Mais ces noms de Billard, Valleix, Guersant, Trousseau, Rilliet, Barthez, Roger, Bouchut sont perdus et noyés au milieu de ceux d'auteurs germaniques d'une notoriété parfois très-contestable.

Mais revenons à notre second chapitre : les méningites, simple et tuberculeuse, sont traitées avec un certain soin, ainsi que l'hydrocéphalie ; mais il n'en est pas de même des tumeurs intra-crâniennes.

Steiner décrit dans un paragraphe spécial les *troubles psychiques* ou *maladies mentales* de l'enfance : la manie, l'hypochondrie et la mélancolie, enfin l'idiotie, et, quoique ces intéressants sujets soient à peine ébauchés, on ne doit pas moins savoir gré à l'auteur d'avoir entrepris une étude encore si pleine d'obscurité.

Viennent ensuite les *vices de conformation congénitaux du crâne et du cerveau*, et à cet égard nous ne pouvons dissimuler notre surprise en voyant le céphalématome figurer au dernier rang dans ce groupe, sous la rubrique : tumeurs congénitales !

Les *maladies de la moelle et de ses enveloppes*, qui font l'objet de l'article suivant, méritent à peine une simple mention (hypérémie

de la moelle épinière et des méninges, méningite spinale et cérébro-spinale, tumeurs de la moelle, spina bifida, hydrorachis, hydro-méningocèle, hydromyélocèle, etc.).

Les *troubles de la sensibilité et de la motilité* terminent ce second chapitre. Nous ne pouvons examiner en détail chacune des variétés de ces groupes; nous nous bornerons seulement à émettre quelques doutes sur l'essentialité de ces prétendues chorées (*chorea major*, *grosser Veitstanz-chor-electrica*), admises trop complaisamment par les auteurs germaniques, et à signaler les nombreux desiderata que soulève la description de la paralysie dite essentielle de l'enfance; l'anatomie pathologique empruntée à Heine et à Vogt aurait dû être complétée par l'addition des récents travaux de l'école française. Est-ce par oubli volontaire ou par ignorance de la littérature médicale parisienne? C'est ce qu'il nous est impossible de déterminer ; quelle que soit la cause de ce silence, il n'en est pas moins fort regrettable. La fâcheuse impression que nous a laissée la lecture de ces deux courtes pages a été, il est vrai, un peu effacée par celle d'un paragraphe plus court encore consacré à la trophonévrose faciale qui, malgré les récents travaux de mes excellents amis MM. Lande et H. Frémy, ne figure pas encore dans nos traités classiques.

Dans le troisième chapitre, M. Steiner étudie les *maladies des voies respiratoires* comprenant : l'asphyxie des nouveau-nés, les affections des fosses nasales (coryza, épistaxis, polypes, abcès), du larynx (le catarrhe laryngé ou pseudo-croup, la laryngite pseudo-membraneuse ou croup, les polypes du larynx, le spasme de la glotte, la paralysie des cordes vocales et les corps étrangers des voies aériennes). Notons en passant une erreur et une omission : en premier lieu le pseudo-croup confondu avec la laryngite simple aiguë; en second lieu, l'œdème de la glotte ne figurant pas dans cette liste cependant déjà longue. Les maladies de la *trachée* et des *bronches* (bronchite catarrhale aiguë et chronique, coqueluche) ne présentent aucune particularité à noter.

La *pneumonie* est traitée avec les détails compatibles avec la nature de cet ouvrage. Le rôle que l'auteur fait jouer à la *phthisie pulmonaire* mérite d'être signalé. Elle n'est en effet à ses yeux qu'un résultat final de certains processus pathologiques et ne constitue pas pourtant une maladie essentielle (*sebststandige Krankheit*).

« La phthisie pulmonaire peut se développer, dit-il, tantôt à la suite « de la tuberculose, tantôt consécutivement à une pneumonie chro- « nique lobulaire ou lobaire, tantôt enfin dans le cours d'une bron- « chite chronique » ; en d'autres termes, il y aurait lieu de distinguer trois variétés de phthisie : 1° tuberculeuse; 2° pulmonaire; 3° bronchique.

Le traitement de ces deux dernières variétés est décrit assez

complétement ; mais il est fâcheux que l'auteur, conservant une posologie surannée, ait formulé les doses médicamenteuses en grains au lieu de les indiquer en grammes. Cette remarque s'applique du reste à toute la partie thérapeutique de l'ouvrage.

Le quatrième chapitre a trait aux *maladies des voies circulatoires* et de l'*appareil lymphatique*, et est précédé de considérations générales sur les affections du cœur chez les enfants. L'auteur jette un coup d'œil rapide sur la persistance du trou de Botal et du canal artériel, sur la communication anormale des deux ventricules, sur les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire, des orifices auriculo-ventriculaires droit et aortique, sur la péricardite, l'endocardite et les lésions valvulaires. Ces deux derniers paragraphes sont un peu écourtés et les limites de notre analyse ne nous permettent pas d'en signaler les nombreuses lacunes.

Une page intéressante consacrée à l'*adénie* (*anæmia lymphatica*, *pseudoleucœmia*) termine ce chapitre, où nous aurions voulu voir figurer l'anémie, la chlorose et la leucocythémie, qui ne sont même pas indiquées dans cet ouvrage.

Les deux chapitres suivants ayant trait, l'un (ch. V) aux *maladies du tube digestif*, l'autre (ch. VI) aux *maladies des organes génitaux urinaires*, ne nous arrêteront pas longtemps, quoiqu'ils offrent quelques paragraphes intéressants parmi lesquels nous citerons : les généralités sur l'alimentation des nouveau-nés, où Steiner, après avoir fait ressortir toute l'importance de l'allaitement maternel, accorde peut-être une trop grande place aux divers moyens que quelques spéculateurs, abusant de la crédulité publique, ont voulu lui substituer ; la soupe de Liebig à l'usage des nourrissons, les extraits et farines lactés de Lofflund, Roth et Braun, de Paul Liebe, etc., ne nous semblent pas en effet dignes d'être prônés !

L'auteur renvoie pour le traitement du bec-de-lièvre aux traités de chirurgie. Cette mesure nous paraît sage ; mais que ne l'a-t-il prise pour la plupart des sujets chirurgicaux qu'il a essayé d'aborder ?

Disons un mot en passant de l'*angine couenneuse* et de *la diphthérie*. C'est la première fois en effet que, dans nos lectures, nous trouvons ce dernier terme expressément formulé dans les livres allemands, et c'est avec un légitime orgueil que nous signalons notre découverte, car nous n'oublions pas que ce mot de diphthérie, aussi bien que la maladie générale qu'il sert à désigner, sont l'un et l'autre des importations d'origine française ; il est fâcheux seulement que M. Steiner ait semblé le méconnaître en ne faisant même pas mention des travaux immortels de Bretonneau, dont il s'est assurément inspiré.

A l'article Parotidite (*Ohrspeicheldrüsenentzündung*), l'auteur paraît avoir confondu l'inflammation de la glande avec les oreillons. Nous retrouvons une pareille confusion, quelques pages plus loin,

au sujet de l'ictère et de la coloration de l'épiderme chez les nouveau-nés; ces points faibles sont amplement compensés par une remarquable description des maladies des reins chez les enfants à laquelle nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur.

Le chapitre VII est le plus court et non pas le meilleur.

En trente et quelques pages s'y trouvent décrits, sous le nom de *dystrophies constitutionnelles* (*allgemeine Ernahrungsstorungen*), des états morbides si différents et si hétérologues qu'on s'étonne vraiment de les trouver réunis; ce sont : le rachitisme, la scrofulose, le purpura et le rhumatisme !

Mais passons au chapitre suivant consacré aux *maladies infectieuses* (scarlatine, rougeole, roséole, variole, vaccine, typhus, fièvre récurrente (*relapsing fever* des Anglais, choléra, syphilis). Ne pouvant discuter ici l'opportunité de la place que l'auteur assigne à cette dernière maladie, nous nous bornerons simplement à constater le fait. Quant au typhus, M. Steiner en distingue deux variétés ; la première (*iléo-typhus*) correspond à notre fièvre typhoïde et est traitée avec soin au point de vue des lésions, des symptômes et même du traitement; la seconde forme, le typhus exanthématique (*Fleckfieber*) n'est pas décrite. Cette omission nous surprend d'autant plus que l'auteur nous dit, au début de son article, qu'il a eu la bonne fortune d'en observer deux cas chez les enfants.

Au demeurant, ce huitième chapitre est, avec le second, l'un des plus intéressants de l'ouvrage et, sous une forme à la fois claire et concise, renferme une foule de faits importants et nouveaux.

Enfin, dans le neuvième et dernier chapitre, l'auteur étudie les *maladies de la peau* au point de vue purement anatomique, sans tenir compte de l'étiologie ni de la nature même de l'affection ; aussi trouve-t-on le sclérème des nouveau-nés à côté du porrigo decalvans et de la teigne faveuse !

L'herpès et le pemphigus sont l'objet de deux articles qu'on pourra consulter avec fruit. Nous signalerons ici une singulière opinion émise par Steiner, relativement à la nature du porrigo decalvans (*alopecia areata*, *area celsi*), auquel il refuse toute origine parasitaire pour admettre, sur la foi de Bœrensprung, une trophonévrose !

Les moyens conseillés par Steiner dans le traitement des maladies de la peau sont en majeure partie empruntés à la pratique du professeur Hébra (de Vienne) et diffèrent à beaucoup d'égards de ceux que nous voyons appliquer journellement par nos éminents dermatologistes français ; si riche que soit notre arsenal thérapeutique, il gagnerait sans doute à être complété par l'adjonction de ces nouveaux agents, acceptés après contrôle préalable.

En résumé, le *Compendium de pédiatrique* du docteur Steiner offre deux qualités d'autant plus appréciables qu'elles sont rares chez nos voisins : la clarté et la concision. Nous ne doutons pas

qu'il soit très-favorablement accueilli en Allemagne où il remplit une place depuis longtemps restée vide; mais, si l'hospitalité française lui est offerte avec largesse, il est du devoir de la critique de mettre en garde le lecteur contre les erreurs ou les imperfections qui pourraient lui échapper. Ainsi donc, après avoir posé ces réserves, nous souhaitons la bienvenue au livre de M. Steiner!

F. LABADIE-LAGRAVE.

Studien über das Verhalten der Schleimhaüte bei den acuten Exanthemen (Etudes sur l'état des muqueuses dans les exanthèmes aigus), par le Dr Alois MONTI. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, VI, Jahrg., 1 Heft., 5 décembre* 1872, *p.* 20-29.)

L'auteur ne traite dans cette première partie que des manifestations muqueuses de la *rougeole*, se promettant d'étudier dans les chapitres ultérieurs les manifestations analogues des autres fièvres éruptives.

Ce travail confirme en tous points la vérité de ces paroles que nous avons souvent entendu prononcer à notre vénéré maître, le docteur N. Guéneau de Mussy : « Les exanthèmes fébriles, l'érysipèle, la variole, la rougeole, la scarlatine, se répètent sur la muqueuse buccale comme sur les autres muqueuses de la face. » De son côté, Trousseau insistait, dans ses leçons, sur la précocité relative des manifestations éruptives sur les muqueuses. Il n'est pas, du reste, en France un seul clinicien qui n'ait attiré l'attention sur ce point, et c'est sans doute par une ignorance absolue de notre littérature médicale que l'auteur a été conduit à présenter la question des exanthèmes comme nouvelle, quand il aurait pu trouver de nombreux et intéressants matériaux dans la plupart de nos livres classiques (Rilliet et Barthez, Trousseau, Lasègue, Rayer, Gubler, Trousseau, etc.). Le seul mérite de son travail est d'avoir réuni un certain nombre d'observations personnelles (125 cas, dont 65 observés dans sa pratique privée et 60 à l'hôpital) et d'en avoir fait une étude d'ensemble.

Dans 120 cas, dit-il, les muqueuses de la face participaient au travail morbide, cinq fois seulement elles étaient restées indemnes. Les cinq enfants qui s'étaient montrés réfractaires à l'exanthème étaient tous faibles, amaigris et débilités par des maladies chroniques antérieures; chez eux aussi l'exanthème morbilleux était discret et pâle, d'un reflet légèrement bleuâtre.

Ces faits semblent donc démontrer, en premier lieu, que les muqueuses sont atteintes par le processus morbilleux, si l'individu se trouve dans des conditions normales de nutrition. Quand il est bien affaibli, les manifestations de la rougeole peuvent être si peu accusées sur les muqueuses, qu'elle passent inaperçues.

Dans les 120 autres cas où l'exanthème a été bien et dûment constaté, il s'est montré 38 fois dans la période initiale, 50 fois dans le stade d'éruption, 28 fois dans le stade d'efflorescence *(stad. floritionis)*, 2 fois dans celui de déflorescence *(st. defloritionis)*, 2 fois enfin pendant la desquammation.

Voici le résultat des observations de Monti, dans ces différents cas :

La muqueuse qui paraît envahie la première est celle du pharynx. Bien avant que la fièvre ne se soit développée, les enfants éprouvent une sensation de sécheresse dans la gorge et, en examinant ces parties, on voit déjà à ce moment les piliers postérieurs et la paroi postérieure du pharynx plus rouges que les piliers antérieurs et que le voile du palais. Cette rougeur diffuse s'étend progressivevent sur les amygdales et sur l'isthme du gosier. Son intensité est proportionnée à celle de l'éruption cutanée. C'est surtout au voile du palais qu'elle présente les caractères les plus accusés ; l'exanthème palatin est formé de taches rouges, inégales, isolées ou confluentes ; quelquefois ce sont de vraies papilles d'un rouge vif faisant saillie à la surface de la muqueuse ; dans certains cas, les glandules mucipares sont tellement augmentées de volume qu'elles forment comme autant de vésicules d'un blanc mat, situées au sommet des papules.

L'aspect de l'exanthème du palais ne correspond pas à celui de l'exanthème cutané ; il est rare, en effet, de trouver sur la peau, dans la rougeole, des papules aussi saillantes.

Cette éruption muqueuse pâlit après 24 heures et s'efface en même temps que l'exanthème du visage.

Cette dernière observation de Monti est en désaccord avec l'opinion la plus généralement accréditée. On sait, en effet, que la plupart des auteurs ont assigné comme caractère commun à ces diverses éruptions muqueuses, d'apparaître avant l'éruption cutanée. Notre savant ami, le docteur Fernet, dans son remarquable article (Seméotique de la BOUCHE. *Nouveau dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, t. V, p. 410, 1866), fait remarquer avec juste raison que l'évolution des éléments éruptifs est plus rapide dans la bouche qu'à la peau, en sorte que la lésion buccale a disparu bien avant la lésion cutanée ; ce qui dépend, sans doute, de la vitalité plus active de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit, M. Monti, pour se mettre à l'abri de cette objection, ajoute bientôt que dans les cas normaux les éruptions s'éteignent graduellement et disparaissent d'habitude avec la formation des taches cutanées.

Souvent les éruptions buccales laissent après elles une rougeur pointillée du palais et du pharynx qui persiste parfois jusqu'à la desquammation complète. Parfois elles peuvent même engendrer

une véritable angine glanduleuse ou pharyngite granuleuse chez les enfants lymphatiques ou strumeux.

Quand la rougeole prend le caractère hémorrhagique, on aperçoit sur la muqueuse de la voûte palatine certains points d'un rouge bleuâtre, analogues à des taches de purpura.

L'auteur a pu observer dans trois cas des points hémorrhagiques sur la muqueuse qui devançaient de 24 heures l'éruption cutanée. Dans les cas où les accidents diphthéritiques se développent sur le pharynx pendant le stade d'éruption, les efflorescences ne présentent pas de caractères aussi réguliers et la diphthérie masque les phénomènes exanthématiques.

Lorsque la muqueuse du pharynx a été modifiée avant l'apparition de la rougeole, les phénomènes revêtent un caractère différent.

Dans les cas où la rougeole est précédée par une pharyngite chronique, la rougeur est plus intense au début, mais l'éruption offre des contours si confus qu'à un examen superficiel ou avec un éclairage insuffisant on ne peut apercevoir qu'une rougeur diffuse et légèrement tachetée. La diphthérie buccale est rare dans le stade éruptif de la rougeole, bien qu'il y ait des épidémies qui se compliquent de diphthérie dès le début. En général cet accident se montre beaucoup plus souvent après la disparition de l'exanthème (diphthérie secondaire). La langue ne participe pas d'ordinaire au processus morbilleux, le plus souvent on la trouve recouverte d'un enduit blanchâtre à son centre.

Sur 65 cas observés par le docteur Monti, il n'a trouvé qu'une seule fois une rougeur intense de cet organe pendant le stade d'éruption avec gonflement des papilles caliciformes.

L'apparition d'aphthes sur la muqueuse de la bouche n'est pas rare dans la période éruptive, mais n'a cependant aucun rapport avec elle.

La *conjonctive*, à son tour, présente des conditions analogues. On observe d'abord de la tuméfaction et de la rougeur de la caroncule lacrymale; 12 ou 14 heures après, la conjonctive palpébrale se prend à son tour et cette fluxion nouvelle est accompagnée d'épiphora et de photophobie.

Les phénomènes oculaires caractéristiques du début de la rougeole sont : la rougeur du cul-de-sac conjonctival, accompagnée de taches pâles, rougeâtres, disséminées sur le bord ciliaire. La poussée conjonctivale est éphémère ; d'ordinaire elle est déjà éteinte au moment ou l'exanthème cutané est en pleine éruption.

On doit exclure du processus normal les cas où la conjonctive est atteinte de diphthérie dès le début ; les accidents diphthéritiques occupent alors la première place et voilent les phénomènes morbilleux.

La *muqueuse nasale* est atteinte de la même façon que le pha-

rynx, les premiers symptômes apparaissent en même temps que ceux de la conjonctive et leur diminution coïncide avec l'effacement de l'exanthème cutané. Il est très-regrettable que l'auteur n'ait pas pratiqué d'examen rhinoscopique, car sa description aurait gagné en exactitude. Quant aux manifestations laryngées, M. Monti se réserve de les étudier avec soin et de publier ultérieurement le résultat de ses recherches.

Nous espérons qu'il ne tardera pas à tenir sa promesse et qu'il nous sera bientôt permis de revenir sur ce sujet.

LABADIE-LAGRAVE.

Ueber den Fieberverlauf bei Peliosis rheumatica (Du cycle fébrile dans la péliose rhumatismale), par le Dr KALTENBACH de Fribourg. (*Jahrbuch für Kinderkrankheiten*, VI. *Jahrg.*, I. *Heft*, 5 *décembre* 1872, *p.* 30-39.)

La péliose rhumatismale se trouve à peine indiquée dans les traités consacrés aux maladies de l'enfance. Bednar, Vogel, Gerhard et Steiner n'en font même pas mention; Rœderer va même jusqu'à en nier l'existence chez les enfants. Cependant Rillet et Barthez en rapportent deux observations sous la rubrique : *purpura simplex;* Henoch de son côté relate deux cas analogues, et Schmitt, au dire de l'auteur, lui aurait consacré un article spécial (*Memorabilius aus d. Praxis*, v. 3.1860, — Péliose rhumatismale dans le jeune âge).

En présence de cette pauvreté apparente de documents bibliographiques, l'auteur a cru utile de publier les cas qu'il a eu l'occasion d'observer, en les faisant suivre de remarques dont on pourrait peut-être contester la justesse. — Et d'abord, il nous paraît utile de rectifier une erreur bibliographique commise par le docteur Kaltenbach. Ce n'est pas, en effet, Schmitt, mais B. Arnold qui, en juin 1856 et non en 1860, a rapporté une observation de péliose rhumatismale chez un enfant. Pour éviter toute contestation nous allons reproduire *in extenso* l'observation dont il s'agit :

Observation. — Une petite fille de onze ans, de complexion assez délicate, était convalescente d'une pneumonie. Elle avait quitté le lit depuis peu de jours quand elle fut prise tout à coup de douleurs aiguës dans les deux genoux, qui se couvrirent aussitôt, ainsi que les jambes et les cuisses, de taches nombreuses de la dimension d'une lentille et dont la nuance variait du rouge au jaune brun. Ces taches ne disparaissaient pas sous la pression du doigt. Elles environnaient presque toute la base d'un poil faisant saillie à la surface de la peau. L'épanchement sanguin paraissait avoir son siége dans le voisinage d'un follicule pileux. La poitrine et les organes abdominaux ne présentaient rien d'anormal. Le sommeil était bon, ainsi que l'appétit. Aussitôt que la malade se mettait au lit, les taches et les douleurs disparaissaient pour se reproduire dès qu'elle se levait et marchait.

Prescription. — Quinze gouttes quatre fois par jour d'un mélange de six

grammes de vin de colchique, de quatre grammes de vin stibié et de deux grammes de teinture d'opium safranée.

Je ne pus obtenir des parents que leur fille gardât le lit ; toutefois les taches se dissipèrent au bout de huit à dix jours ; il s'était déclaré alors une diarrhée muqueuse assez abondante.

La petite malade avait habité une mansarde froide et humide pendant la durée de la pneumonie et les premiers jours de la péliose.

La pénurie des matériaux signalée par le docteur Kaltenbach est peut-être plus apparente que réelle et les observations sont moins rares que ne le suppose cet auteur. On peut s'en convaincre aisément, en effet, en lisant l'excellent travail du docteur J. Shanahan, qui a rassemblé un grand nombre de faits observés par lui-même ou par Baron à l'hôpital des enfants (*thèse inaugurale de Paris*, 1860); cela dit, revenons au mémoire du docteur Kaltenbach. Après avoir signalé les controverses auxquelles la nature et la pathogénie de la péliose rhumatismale ont donné lieu, l'auteur semble disposé à considérer les hémorrhagies intra-dermiques comme un effet consécutif du processus rhumatismal.

La péliose atteint le plus souvent, dit-il, des individus qui jouissaient antérieurement d'une bonne santé ou chez lesquels il existait des antécédents de rhumatisme. En outre, l'exanthème n'apparaît qu'après avoir été précédé de douleurs articulaires.

La pathogénie des ecchymoses dermiques de la péliose rhumatismale a diversement été interprétée : Moller les rapporte au processus embolique. Henoch, au contraire, suppose un relâchement des parois vasculaires avec dilatation consécutive et stase sanguine dont les conséquences sont : d'une part, la rupture et l'hémorrhagie, de l'autre, la transsudation séreuse. Cet auteur en cherche la raison dans la parésie des muscles vasculaires qui pourrait avoir été causée à son tour par le processus rhumatismal. Nous ne rappelons ces hypothèses que pour mémoire et, dans l'état actuel de nos connaissances, il nous eût paru préférable d'avouer notre ignorance absolue à cet égard.

Nous ne possédons, en effet, que deux observations dans lesquelles l'examen nécroscopique ait été fait avec soin. L'une est due à Traube (mais ce cas est extrêmement complexe), l'autre à Moller. (L'examen microscopique, quoique incomplet, permit de constater la présence de cristaux d'hématoïdine parmi les détritus de l'extravasation sanguine).

L'étude de cette maladie est encore rendue difficile parce que les sujets affectés consentent rarement à séjourner à l'hôpital ; l'auteur a pu suivre en détail le cas qu'il rapporte, aussi croyons-nous utile de résumer ici les particularités les plus importantes qu'il a présentées.

Observation. — E. D..., 10 ans, de faible complexion, peau fine et délicate. Bonne santé habituelle, sauf fièvre typhoïde au mois de septembre 1870.

Au commencement de mars 1872, le petit malade se plaint de douleurs

dans les genoux et dans les pieds; puis apparaît un urticaire sur le dos du pied qui gagne bientôt les jambes, la figure et les mains. Fièvre très-légère. Anorexie complète. On diagnostique alors : embarras gastrique avec urticaire. Après trois jours, l'éruption cutanée disparaît. Le malade peut se lever et sa mère l'envoie à l'école dès le lendemain, malgré la pluie et le mauvais temps. En revenant de sa classe, à midi, il se sent très-fatigué et se plaint de douleurs très-vives aux pieds, aux genoux et à l'épaule droite. On le met au lit; la fièvre est modérée. Huit jours après l'apparition des douleurs articulaires, l'on aperçoit des taches légèrement saillantes et du volume d'un pois à une pièce de cinquante centimes, sur la peau des pieds, des jambes et des cuisses. Ces taches papuleuses ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Leur coloration devient bientôt rouge brunâtre. Le malade ne souffre pas dans le décubitus dorsal, mais la plus légère pression, le moindre mouvement réveillent ses douleurs.

Le médecin qui le soignait à cette époque, n'ayant constaté chez lui aucune élévation thermique, lui permit de se lever. L'enfant ressentait des douleurs légères dans la marche et dans la station verticale.

Les journées étaient bonnes, mais tous les soirs l'enfant était pris de fièvre, sa peau devenait brûlante et le thermomètre accusait une notable élévation de température (39°). Le médecin, soupçonnant une fièvre intermittente, administra du sulfate de quinine; mais ce médicament resta sans effet.

Le petit malade maigrissait à vue d'œil ; on pense alors à une tuberculose commençante. La mère, effrayée d'un tel diagnostic, va consulter le docteur Kaltenbach.

L'enfant était très-amaigri. Pouls 120. Peau chaude et sèche. Douleurs dans le genou gauche et dans le poignet. Sur les cuisses et les mollets, taches pigmentaires brunâtres, derniers vertiges des ecchymoses dermiques. A la pointe du cœur, léger souffle systolique que l'auteur attribue à l'anémie en l'absence de tout autre signe physique d'affection cardiaque.

Matité splénique légèrement augmentée. Selles régulières. Urines sédimenteuses mais sans albumine. T. 38°3. A partir de ce moment, les mensurations thermométriques sont prises exactement.

Traitement. — Repos absolu, alimentation très-légère, vin de Bordeaux, macération de quinquina.

Dans la journée, l'enfant présente de singuliers changements d'humeur et de caractère ; tantôt maussade et triste, tantôt gai et souriant.

Il n'accuse des douleurs que lorsqu'on l'interroge. Les selles et la miction sont régulières. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le pouls varie entre 100, 130 et 140 ; dans la matinée il s'élève à peine à 100.

Le 12 *avril*, les taches reparaissent sur l'épaule droite et sur la cuisse gauche en même temps que la température s'élève notablement.

Vers la fin du mois d'avril, accès de fièvre précédé de légers frissons.

Peu de jours après, tous ces symptômes disparaissent. L'appétit devient impérieux et vorace.

Le 5 *mai*, l'enfant se lève et est envoyé dans une station aérothérapique des environs de Fribourg, où il se rétablit rapidement.

Avant la fin de l'été, sa guérison est complète et sa santé excellente.

Le docteur Kaltenbach fait remarquer que la marche régulière et presque typique de la fièvre dans les trois premières semaines prouve que la maladie était à son acmé. La défervescence fut indiquée moins par un abaissement thermique absolu que par l'apparition de températures assez basses dans l'après-midi. En d'autres termes la défervescence était lytique. Pendant la convalescence un

simple écart de régime eut pour conséquence une élévation thermique isolée (39° 5).

Une des particularités les plus intéressantes dans ce cas est, à nos yeux, la persistance des températures apyrétiques le matin.

Au point de vue thermologique, l'observation précédente peut se résumer de la façon suivante :

1° Pendant l'acmé de la maladie, la fièvre a toujours été intermittente ;

2° L'accès fébrile quotidien se présentait d'abord dans les premières heures de l'après-midi et plus tard, au moment du déclin de la maladie, dans la soirée ;

3° La défervescence a été lente et lytique.

Ce cas prouve combien la singularité du cycle fébrile peut induire en erreur et permet d'expliquer la divergence des opinions émises sur le caractère de la fièvre dans la péliose rhumatismale. C'est qu'en effet, sans parler des particularités individuelles et des différences d'intensité de la maladie, il dépendra de l'heure à laquelle le médecin aura vu le malade pour qu'il qualifie la fièvre de rémittente ou d'intermittente, ou même pour qu'il en conteste l'existence.

LABADIE-LAGRAVE.

Therapie der Meningitis tuberculosa (Traitement de la méningite tuberculeuse), par J. BIERBAUM. (*Journal für Kinderkrankheiten, Erlangen, Heft* 9 *et* 10, *octobre* 1872, *pp.* 138-237.)

Le traitement que cet auteur conseille contre la méningite tuberculeuse se rapproche à tous égards de celui qui, depuis longtemps déjà, est adopté par la plupart de nos médecins français, et, quoique leurs noms soient cités de loin en loin dans ce mémoire, nous avons constaté avec regret, mais non sans étonnement, que de larges et tacites emprunts avaient été faits à leurs ouvrages. *Cuique suum.* Cela dit, nous nous bornerons à reproduire ici quelques-unes des conclusions qui terminent ce long mémoire :

1° Une émission de sang locale, modérée, sera parfois avantageuse chez les enfants atteints de méningite tuberculeuse en pleine santé. Dans les cas, au contraire, où la maladie a été précédée par de longs prodrômes, une émission sanguine est souvent plutôt nuisible qu'utile. Il est très-rare que des saignées locales répétées soient salutaires, et jamais elles ne devront être abondantes;

2° Les applications de compresses froides sur la tête sont préférables aux vessies remplies de glace ou de neige et méritent toute confiance dans la première période de la maladie, même au début de la seconde. Elles deviennent incertaines ou inutiles dans les

stades ultérieurs. Les irrigations et les affusions froides doivent être formellement proscrites;

3° Les vésicatoires sont préférables, en tant que révulsifs cutanés, à la pommade stibiée et à tous les exutoires;

4° Le calomel est jusqu'ici le remède le plus sûr et se trouve indiqué pour toutes les périodes de la maladie. On doit l'administrer à doses fractionnées, en ayant soin d'obvier à la salivation;

5° Si le mouvement fébrile est intense, le nitrate de soude est utile au début, tandis que l'acétate de soude peut rendre plus de services dans les périodes avancées de la maladie;

6° Les laxatifs ne sont indiqués que pour combattre la constipation; les dérivatifs intestinaux sont nuisibles et l'on doit absolument bannir les drastiques;

7° L'iodure de potassium peut être employé à faibles doses dans les stades avancés du mal, et encore ne doit-on ajouter qu'une médiocre confiance dans l'efficacité de ce médicament;

8° Il faut rejeter complétement le tartre stibié sous quelque forme qu'on l'administre. La digitale, la scille et autres diurétiques n'offrent aucune utilité. Il en est de même des diaphorétiques et des bains;

9° Les narcotiques, l'opium, et ses dérivés notamment, se montrent en général très-peu efficaces et doivent être également rejetés;

10° Les antispasmodiques méritent peu de confiance, tout au plus pourrait-on recourir à l'oxyde de zinc pur pour combattre les convulsions;

11° Les toniques et les reconstituants ne trouvent leur emploi que dans la convalescence. Enfin, le sulfate de quinine peut etre administré avec avantage dans la période de déclin de la maladie.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Tracheotomie bei Diphteritis (De la trachéotomie dans le croup), par Max BARTELS de Berlin. (*Jahrb. für Kinderheilk., V. Jahrg., 4. Heft*, 1872, *p.* 402-418.)

L'auteur rapporte 330 cas de trachéotomie, y compris les 100 cas recueillis et publiés en 1867 par le docteur Paul Güterbock, et, sur ce nombre, 58 fois il a pratiqué lui-même l'opération. Cette statistique a trait à des enfants de moins de 15 ans.

Il fait remarquer que le nombre des opérés s'est considérablement accru dans ces dix dernières années : tandis qu'il n'était que de 2 en 1861, il s'éleva à 27 en 1866, dont 13 guéris; il fût de 61 en 1869, dont 21 guérisons; de 30 en 1870, dont 8 guérisons; de 35 en 1871, dont 8 guéris; de 15 dans le premier trimestre de 1872,

dont 7 guérisons. Total : 330 opérés et 103 guérisons (31 p. 0/0 environ).

Quant au sexe, les garçons semblent plus favorisés que les filles. Chez les premiers, en effet, la proportion des guérisons a été de 36 p. 0/0, tandis que pour les dernières elle égale à peine 24 p. 0/0.

La trachéotomie fut pratiquée six fois sur des enfants en bas âge (dans les deux premières années de la vie). Mais les résultats obtenus ne sont pas très-encourageants, car tous ces petits opérés succombèrent.

Le nombre des opérations de trachéotomie augmente progressivement jusqu'à la cinquième année, où il atteint son maximum (74 cas), puis il décroît graduellement jusqu'à l'âge de huit ans et devient de plus en plus rare entre la onzième et la quatorzième année. Entre ces deux dernières limites, la trachéotomie n'a donné que des insuccès (6 opérés et 6 morts). C'est entre neuf et dix ans que les résultats ont été les plus favorables (5 guérisons sur 8 enfants de neuf ans, et 3 guérisons sur 5 malades âgés de dix ans, ce qui équivaut à 62 p. 0/0).

Le plus grand nombre des trachéotomies correspond à l'âge compris entre trois et huit ans, 305 trachéotomies, sur un total de 330 appartenant à cette période de la vie ont donné 95 guérisons, c'est-à-dire 31 1/2 p. 0/0.

Ce chiffre démontre qu'un tiers des malades ont été sauvés par l'opération, bien que la plupart des enfants aient été apportés presque mourants à l'hôpital.

Après avoir présenté cet intéressant tableau statistique, le professeur Bartels passe en revue les diverses causes attribuées à la diphthérie. Plusieurs observateurs, dit-il, ont voulu rapporter cette maladie à l'humidité de l'air ou à la condition marécageuse de la contrée : Wiedasch (*zur diphtheritis memorabilien*. N° 1, 1866 — *Virchow-Hirsch Jahresbericht*) avait noté les recrudescences de croup pendant les jours froids et brumeux et croyait que l'humidité produisait un gonflement catarrhal des muqueuses. — Gingibre (épidémie de croup observée dans les villages de Fabrègues et Saussan, depuis la fin de septembre 1865 jusqu'au mois de février 1866 — *Montpellier médical, juin et juillet* 1866.) Guillemaut (Considérations sur l'angine couenneuse ou diphthéritique d'après une épidémie observée à Louhans — *thèse de Doctorat*, Paris, 1866.) Claes (Die Diphtherie in Mulhausen, in Thüringen wahrend der Sahre 1865-1866. Eine statistisch, epidemiologische Skizze nach den Journal-Notizen der docteur O. Gross.— *Dissert. Berlin*. 1870) et Maulhardt (de Treffurt) ont rapporté des cas analogues et partagent la même opinion.

Une observation très-intéressante faite par l'auteur pendant l'épidémie de 1869 se rattache à cette idée: Les petits malades, dit-

il, arrivaient d'ordinaire à l'hôpital lorsque de beaux jours clairs succédaient immédiatement à un temps brumeux humide et pluvieux.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description du manuel opératoire de la trachéotomie et des instruments nécessaires pour cette opération; notons en passant que le dilatateur n'est pas même mentionné; serait-ce par hasard parce que l'on ne fait pas usage en Allemagne de ce précieux agent d'introduction de la canule?

Les accidents immédiats et les soins consécutifs (syncope-hémorrhagie) sont indiqués très-sommairement, aussi ne nous arrêteront-ils pas.

Quant à l'époque à laquelle la canule doit être enlevée, l'auteur blâme la coutume qu'ont certains chirurgiens d'enlever momentanément la canule pendant quelques heures et de la remplacer ensuite par des canules de plus petit calibre. Il est démontré, dit-il, que ces manœuvres sont mauvaises et qu'elles irritent les parties. Bartels conseille d'enlever définitivement la canule du cinquième au huitième jour; il a souvent noté, aussitôt après, une légère augmentation de la température (sixième de degré), et une accélération très-faible de la respiration (4 à 8 respirations de plus par minute).

Le pouls, la température et la respiration fournissent d'importantes données cliniques qui n'ont pas échappé à l'auteur. Dans les cas qu'il a recueillis ou observés, la fréquence du *pouls* variait en général entre 100 et 180 par minute, dans les trois premiers jours de la maladie, il l'a rarement vu descendre au-dessous de 100 pulsations. Chez quelques malades, l'accélération était beaucoup plus grande et atteignait 140, 180 et même 200. « Lorsque le pouls, dit-il, s'élève quelques heures après l'opération au-dessus de 152 pulsations, le pronostic est absolument grave.

Quant à la *température*, il fait remarquer que plus elle s'élève et plus le pronostic devient douteux, quoique l'on ne puisse fixer de chiffre absolument fatal.

Des six enfants qui moururent dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, trois d'entre eux avaient présenté une température très-élevée (40° C.); la mort arriva si rapidement chez les trois autres qu'il fut impossible d'appliquer le thermomètre.

Chez dix autres enfants qui moururent deux ou trois jours après l'opération, la température ne descendit jamais au-dessous de 39°.

La température prise le matin oscillait entre 38° et 40°.

La température descend, dans certains cas, à son chiffre normal immédiatement après l'opération, et ne subit ensuite que des élévations très-faibles et quelquefois même nulles; c'est à peine en effet si elle dépasse 38° C. le soir.

Si la température reste normale le lendemain de l'opération, c'est un indice du plus favorable augure.

Une recrudescence subite de la température doit toujours éveiller

l'attention, car elle annonce le plus souvent l'invasion d'une pneumonie ou d'une nouvelle poussée diphthéritique L'*expectoration* peut aussi être de quelque importance pour le pronostic. La forme des lambeaux expulsés par la canule peut révéler parfois le siége précis et l'étendue de l'inflammation pseudo-membraneuse.

Les crachats peuvent devenir très-abondants, quelques jours après la trachéotomie; cette expectoration profuse est un signe favorable si elle ne se prolonge pas trop. D'autre part, plus la guérison approche, moins l'expectoration devient abondante; si elle cesse brusquement, le pronostic s'aggrave.

L'auteur attache une grande importance à la respiration : il ne suffit pas, dit-il, d'observer sa fréquence, mais il faut tenir compte de ses caractères. Dans les cas d'angine diphthéritique elle est peu accélérée (30 à 40 resp. par minute), le plus souvent régulière et interrompue tout au plus par quelques quintes de toux. Elle commence par une inspiration profonde immédiatement suivie d'une expiration d'égale durée. Le calme qui succède d'ordinaire à la trachéotomie peut quelquefois faire défaut; la respiration, au lieu d'être calme et tranquille, devient souvent bruyante, irrégulière, accélérée; sa fréquence est énorme (60 à 80 resp. par minute). Ces derniers signes, joints à la cyanose, aux sueurs froides qui couvrent le visage, sont les présages d'une mort prochaine.

Enfin, après avoir ébauché à grands traits la description des phénomènes ultimes et des lésions le plus fréquemment constatées à l'autopsie, Bartels termine en disant que dans certains cas on ne trouve dans les poumons aucune altération anatomique que l'on puisse considérer comme ayant causé la mort. Il faut croire qu'ici, ajoute-t-il, la véritable cause réside dans une altération chimique du sang; mais il ne donne à cet égard aucun renseignement.

F. LABADIE LAGRAVE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Etude sur la gangrène morbilleuse chez les enfants, par le Dr A. SOSTRAT. (*Thèse de doctorat ; Paris*, 1872.)

Le virus rubéolique, tout en restant inconnu dans sa nature, joue un rôle capital dans la production de la gangrène chez les enfants, mais il n'agit dans tous les cas qu'à titre de simple prédisposition, sans pouvoir, par lui seul, déterminer ni l'éclosion ni la localisation de la maladie. Que, dans ces circonstances, une irritation de provenances diverses vienne à frapper les éléments mal nourris, les tissus débilités, et on pourra voir se produire la gangrène morbilleuse.

Telles sont, en résumé, les conditions pathogéniques que l'auteur assigne à cet accident.

Il étudie dans un premier chapitre la gangrène de la bouche ou *noma*, dont il rapporte trois observations; dans deux d'entre elles une injection a été poussée dans la carotide pour rechercher l'état des vaisseaux. Dans la première observation, la matière à injection ne pénètra pas dans les vaisseaux de petit calibre qui étaient oblitérés par une matière fibrineuse. Dans l'autre, elle traversa l'escarre; il n'y avait pas d'oblitération des gros vaisseaux, mais il n'est pas question des capillaires.

Dans la première observation, il existait des thromboses dans les veinules. Quant à l'état des nerfs, l'auteur ne l'a recherché qu'une seule fois et, dans ce cas (1re observation), une ramification nerveuse examinée au microscope présentait la myéline granuleuse et la gaîne externe ou adventice œdématiée; une partie de cette ramification nerveuse était pigmentée et noirâtre.

Le second chapitre est consacré à la *gangrène de la peau*, c'est-à-dire à la gangrène qui débute primitivement par la surface cutanée; le troisième, à la *gangrène de la vulve* dont il relate un peu sommairement peut-être un fait qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service du Dr Barthez. Il réunit dans un quatrième paragraphe des formes, il est vrai, plus rares de la gangrène morbilleuse (du pharynx, du larynx, du poumon), mais qui méritaient peut-être pour cela même une plus ample description.

Dans un dernier chapitre enfin, l'auteur aborde la question assurément la plus difficile de son travail, c'est-à-dire la pathogénie de la gangrène. L'auteur mentionne brièvement les opinions de Boudet, Becquerel, Bouley et Caillault, qui admettent que la diminution de la fibrine du sang et l'augmentation de son alcalanité dans la rougeole jouent le rôle capital dans la production de la gangrène, et celle de quelques auteurs qui, se fondant sur les expériences de Magendie sur le système nerveux, ont pensé que le sang modifié par le virus rubéolique produisait sur les nerfs vaso-moteurs des effets analogues à ceux qui résultent de la section du grand sympathique : contraction puis dilatation permanente des capillaires, stase sanguine et œdème, enfin formation de coagulation dans les capillaires qui amène la gangrène.

Restant dans l'observation des faits et partant de ce point fondamental que la rougeole donne surtout la prédisposition, M. Sostrat attribue la gangrène à un complexus causal dont il est impossible de préciser tous les termes. Les irritations locales y jouent un certain rôle; à ces causes topiques vient s'ajouter la mauvaise nutrition des éléments anatomiques. C'est par le fait de la maladie, dit-il, par l'inanition, que les tissus acquièrent cette prédisposition, et il attribue la diminution notable de fréquence de la gangrène dans les hôpitaux aux progrès qui ont été accomplis dans l'hygiène des classes laborieuses. F. LABADIE-LAGRAVE.

Zwei seltenere Vorkommnisse bei Diphteritis (Deux accidents rares dans la diphthérie), par le Dr HEUBNER de Leipzig. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 5 *décembre* 1872, *p.* 105-109.)

L'auteur rapporte deux observations intéressantes au point de vue des particularités qu'elles ont présenté : Le premier cas est relatif à une petite

fille de 9 ans qui, dans le cours d'une diphthérie nasale, fut prise d'*érysipèle de la face* accompagné de phénomènes cérébraux. On peut rapprocher de l'observation précédente un fait à peu près analogue publié par Bayer (*Archiv der Heilkunde*, XI, 1870, p. 398).

Le second cas a trait à un enfant de 3 ans atteint d'une affection diphthéritique transmise par sa sœur, qui, pendant toute sa durée, resta localisée au pharynx. A l'autopsie on trouva une vraie tuberculisation primitive des ganglions bronchiques, qui paraissait s'être développée à la suite d'une broncho-pneumonie chronique non tuberculeuse et n'avait pas déterminé de phénomènes généraux graves. Tous les autres organes ne présentaient aucune trace de tubercules.

Cette tuberculose primitive des ganglions bronchiques est un fait intéressant à noter, car il se présente très-rarement. On peut cependant en trouver des exemples dans le récent travail de Schüppel sur la tuberculose ganglionnaire (*Untersuchungen über Lymphdrüsentuberculose.* — 1871. Tubingen). F. L.-L.

Klinische Studie über seltene Formen congenitaler Missbildungen im Bereiche des Kiemenbogens (Etude clinique de certaines formes rares de difformités congénitales des arcs branchiaux), von Dr LESSER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, n. 3, p. 311-322, 14 fév. 1873, 1 planche.*)

L'observation qui sert de base à ce travail est celle d'un cas de macrostomie. La bouche est largement fendue, au point d'avoir rendu chez l'enfant les succions impossibles, et, chez l'adulte, après suture des parties externes de cette fente buccale, la longueur et de la bouche et des deux cicatrices, qui représentaient l'ancienne difformité, est de 19 centimètres. Il existe, en outre, des difformités de l'oreille externe ; le tragus est bifide ; en avant de lui est une saillie cutanée, simple à droite, trilobée à gauche et renfermant dans son épaisseur un noyau cartilagineux. Des saillies semblables existaient aussi auprès de l'angle buccal, mais elles ont été extirpées peu après la naissance. Le conduit auditif externe est rétréci. Il n'y a pas d'autre difformité, si ce n'est que la grande fontanelle ne s'est ossifiée qu'à l'âge de 7 ans. Les bosses pariétales sont assez rapprochées de la suture sagittale ; vers l'union de celle-ci avec la suture coronale est une tubérosité qui se continue sur la ligne médiane du frontal par une saillie qui va en diminuant peu à peu.

Lesser rapproche de ce fait 19 cas de macrostomie qu'il a recueillis dans la littérature, observés soit sur l'homme, soit sur des animaux. Dans plusieurs ce vice de conformation s'accompagne de difformités de l'oreille externe. Divers auteurs d'ailleurs ont déjà fait remarquer que le plus souvent les malformations de l'oreille étaient accompagnées de lésions analogues des maxillaires supérieurs, des dents, etc.

Comment expliquer la production de ces anomalies? Langenbeck, ne s'appuyant que sur trop peu de faits, y voyait un accident consécutif à la macroglossie. Pour Gurlt, la macrostomie, c'est-à-dire la non-réunion des parties molles des bourgeons maxillaires supérieur et inférieur, est le résultat d'un arrêt de développement des muscles de la face.

Lesser adopte l'opinion de Virchow : insistant sur la coïncidence signalée plus haut, il regarde ces difformités non comme produites par un arrêt de développement, mais comme résultant d'un processus irritatif, actif, ayant porté sur le premier arc branchial, d'où la persistance d'une fente branchiale se continuant avec l'ouverture buccale, et reconnaissable à ses bords, qui n'ont rien de l'aspect des lèvres. H. TH.

Die käsige Bronchial- oder Mesenterialdrüsenentartung im Kindesalter und ihre Beziehung zur hereditären Tuberculose (De la dégénérescence caséeuse des ganglions bronchiques et mésentériques chez les enfants et de leur relation avec la tuberculose héréditaire), par le Dr Carl LOREY. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 5 *décembre* 1872, *p.* 86.)

La tuberculose est, presque sans exception, accompagnée de caséification ganglionnaire, et l'auteur considère cette dégénérescence comme le point de départ de la dyscrasie. Depuis le mois d'août 1868 jusqu'au mois d'avril 1872, C. Lorey a fait l'autopsie de 210 enfants, et 59 fois il a trouvé les ganglions dégénérés. (67 fois ils étaient caséeux, 13 fois ils étaient hyperplasiés ou transformés en masse cartilagineuse incrustée parfois de concrétions calcaires.) Au point de vue de la transmission héréditaire, il établit les catégories suivantes :

Tuberculose du côté de la mère, 20 fois....	19 fois, caséification ganglionnaire. 1 fois, hyperplasie simple.
Tuberculose du côté du père, 11 fois.....	6 fois, caséification ganglionnaire. 5 fois, hyperplasie.
Pas d'antécédents héréditaires appréciables, 28 fois.....	22 fois, caséification. 6 fois, hyperplasie.

En tenant compte de l'âge, l'auteur divise tous les cas en deux groupes, séparés par le deuxième trimestre de la seconde année pris comme limite. Il trouve ainsi 21 cas de la première catégorie et 38 de la seconde. La plupart des auteurs ne se sont occupés que des cas de ce second groupe, c'est-à-dire ayant trait à des enfants âgés de plus de dix-huit mois. Billard, il est vrai, avait très-bien décrit les altérations des ganglions chez les nouveau-nés, mais il ne s'était peut-être pas suffisamment occupé de la question d'hérédité.

Bednar, de son côté, avait également remarqué que les ganglions bronchiques sont souvent les seuls organes affectés chez les nouveau-nés, et il avait recherché la cause de la maladie dans les mauvaises conditions hygiéniques. Le travail de C. Lorey vient donc combler une lacune, mais ne résout pas complétement ce difficile problème étiologique.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Traitement de la coqueluche.

The « open air » treatment of hooping-cough (Traitement de la coqueluche à l'air libre), par Daniel MACLEAN. (*The Glasgow medical Journal, november* 1872.)

L'auteur résume ainsi le seul traitement qu'il considère comme *rationnel* dans la coqueluche : « Vêtements chauds en hiver, légers en été. — Aliments nourrissants et de facile digestion. — En toute saison, exposition à l'air libre, combinée avec des exercices musculaires. — Bains froids matin et soir avec frictions sur la peau (la température de l'eau variant un peu suivant les âges). — De temps en temps purgatifs légers. » On sait, du reste, que, sans rejeter comme Maclean les autres méthodes de traitement, Rilliet et Barthez recommandent de faire sortir les enfants autant que possible. A. S.

Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Inhalationen von Gazeol (Du traitement de la coqueluche à l'aide des inhalations de gazéol), par le Dr Alois MONTI de Vienne. (*Jahrb. f. Kinderheilk,* 5 *décembre* 1882, *p.* 102-106.)

Il règne encore de grandes divergences d'opinion relativement au traitement de la coqueluche à l'aide des inhalations de gaz, préconisé par Diday et Commenge. Les essais entrepris par le Dr Monti ne sont pas très-concluants, mais ils peuvent servir à éclairer le débat ; aussi résumerons-nous les points les plus intéressants de son travail.

L'auteur a eu recours pour ses inhalations de liquide volatif dont voici la composition :

Ammoniaque impure du gaz.....	1	kilogramme.
Acétone.....	10	grammes.
Naphtaline.....	01	—
Benzine impure (benzol).....	10	—
Goudron récent des barillets.....	100	—

C'est ce mélange qu'il nomme gazéol. D'après les indications de Burin de Buisson, il a mis deux à quatre cuillerées à bouche de ce gazéol dans une petite soucoupe chauffée au bain-marie. Les inhalations ont été faites dans une chambre close où ces petits malades séjournaient pendant une heure trois fois par jour. — Quatorze enfants atteints de coqueluche ont été traités de la sorte. Nous rappelons ici les propres conclusions du Dr A. Monti :

1° Les inhalations de gazéol ne peuvent pas être considérées comme un spécifique contre la coqueluche. Employées dès le début de la maladie, elles sont impuissantes à la juguler ;

2° Dans les huit premiers cas, la coqueluche s'est développée malgré les inhalations ;

3° Les inhalations de gazéol ne peuvent pas atténuer l'intensité de la maladie ; dans les huit cas pris au début, la coqueluche a continué ses

progrès pendant les deux ou trois premières semaines, en dépit des inhalations ;

4° Cette méthode de traitement ne paraît pas abréger la durée de la maladie (dans aucun cas elle n'a duré moins de six à huit semaines);

5° Les inhalations se sont montrées absolument inefficaces dans les cas de vieille date;

6° Dans les cas où la coqueluche est compliquée d'une bronchite aiguë, les inhalations sont formellement contre-indiquées. (L'auteur rapporte le fait d'une pneumonie survenue chez un de ces malades, sans tirer de déduction de cette coïncidence fâcheuse et peut-être accidentelle.)

F. LABADIE-LAGRAVE.

The treatment of hooping-cough (Traitement de la coqueluche), par BERRY. (*Med. Times and Gaz.*, 8 *fév.* 1873.)

Pendant une épidémie de coqueluche qu'il a été à même d'observer, l'auteur s'est bien trouvé d'administrer toutes les 3 ou 4 heures de cinq à quinze gouttes (suivant l'âge) d'acide nitrique dans du sirop simple. Il lui a semblé, dit-il, que ce moyen exerçait une action à la fois sédative et antiseptique.

V. DUBRISAY.

Observations de maladies des enfants.

Observation de pemphigus aigu, bénin, chez un nouveau-né, lue à la Soc. méd. des hôp., par le Dr Jules SIMON. (*Un. méd.*, n° 10, 1873, *p.* 117.)

Cette observation est relative à un enfant de huit jours qui, après quelques jours d'inquiétude et d'insomnie, présenta une éruption de pemphigus au bas-ventre, aux aines, sur le haut des cuisses, la tempe et le côté gauche du cuir chevelu. Autour des bulles qui renfermaient un liquide citrin, régnait une aréole rouge. On ne trouva aucune autre lésion que l'éruption même, et l'enfant ne dépérit pas. Ce n'était pas un pemphigus cachectique, et les parents étant indemnes de syphilis, on ne pouvait non plus rattacher ce pemphigus à cette diathèse. Pendant huit jours, des bulles nouvelles se produisaient tous les jours, tandis que les anciennes crevaient; au bout de ce temps, l'éruption cessa, l'enfant continuait à téter, et augmentait en poids. Les moyens employés par M. J. Simon furent les lotions astringentes, (Alun, 15 pour 1,000), les poudres isolantes, les soins de propreté et le changement de lait, la mère, qui nourrissait d'abord, ayant été très-effrayée de la maladie de son enfant.

J. C.

Ein Fall von angeborener Aphasie (Cas d'aphasie congénitale) Prof. Dr L. WALDENBURG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 1, *p.* 8.)

Il s'agit d'un enfant de 6 ans, dont la mère arrivée au troisième mois de sa grossesse, fut atteinte subitement d'hémiplégie droite avec aphasie : ces accidents ne diminuèrent que graduellement, et encore maintenant il lui reste une

certaine faiblesse, et par moments elle ne s'exprime pas comme elle veut. — L'enfant qu'elle portait naquit pourtant à terme, mais peu après sa naissance ses parents remarquèrent chez lui un développement moindre de la moitié droite du corps, affectant même le squelette, car la jambe correspondante était plus courte; dès ses premiers mouvements, l'hémiplégie devint évidente. Plus tard on s'aperçut qu'il ne pouvait apprendre à parler : son vocabulaire très-restreint ne se compose que de quelques mots prononcés avec une peine manifeste, et mal articulés : il dit okka pour oncle, et n'a jamais pu dire ni mama ni papa. — Au surplus, cet enfant s'est toujours bien porté, il est fort pour son âge, entend et comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit, et n'est nullement idiot. Il crie très-bien et l'examen laryngoscopique ne revèle rien d'anormal. — Dans le cours des années, les symptômes hémiplégiques se sont un peu améliorés, mais le côté droit, est toujours moins développé et moins fort, et l'enfant traîne encore sa jambe droite qui est de 2 ou 3 centimètres plus courte; les articulations ont conservé toute leur mobilité. Pas de déviation latérale de la langue, brièveté du frein, parésie de la moitié droite du palais.

L'auteur remarque que cette observation est contraire à la théorie qui admet qu'originellement l'organe central de la parole a son siége dans les deux moitiés du cerveau, mais que par un résultat de l'habitude l'hémisphère gauche se l'approprie davantage, et l'autre hémisphère, en restant inactif, devient peu à peu impropre à remplir ces fonctions. Dans le fait rapporté ci-dessus, s'il en eût été ainsi, l'enfant eût dû pouvoir apprendre à parler au moyen de son hémisphère cerébral resté intact. J. B.

St-Thomas hospital. Brief notes of cases, par le Dr MURCHISON. (*Brit. med. Journ.*, 28 *décembre* 1872.)

C'est la relation de deux cas de maladies du cœur chez des enfants, où l'auteur signale les difficultés du pronostic de ces maladies à cet âge. Dans l'une de ces observations, il s'agit d'un cas en apparence assez bénin et qui se termina brusquement et rapidement par la mort ; dans l'autre, au contraire, malgré des lésions considérables du cœur, du péricarde, du foie, des reins, et la présence d'un œdème généralisé et d'une albuminurie assez considérable faisant présager une fin imminente, il y eut cessation rapide des accidents après un certain nombre de frictions avec la teinture de digitale, qui amenèrent une diurèse considérable.

A. G.

Ein Fall von Nervenaffectionen bei Masern (Un cas d'affection du système nerveux dans une rougeole), par A. SCHEPERS. (*Berlin. klinische Wochenschrift*, 21 *octobre* 1872.)

Dans l'été de 1871, alors que régnait à Francker une épidémie de rougeole bénigne, une jeune fille de 8 ans quitta cette localité pour aller faire, avec ses parents, un voyage de plaisir sur les bords du Rhin. Au milieu d'une promenade, cette enfant ressentit un malaise subit, et le soir même (6 juillet) la mère aperçut de petites taches sur le corps de sa fille; le lendemain, le

diagnostic rougeole était confirmé. La petite malade garda le lit, et, vu son état général assez bon, on ne fit appeler aucun médecin. Mais, le 10 juillet, la maladie s'aggrava et l'enfant fut prise tout à coup de coma ; en même temps, elle avait de la constipation. Après une durée de trois jours, le coma disparut ; mais la patiente resta plongée dans un mutisme absolu. L'intelligence était d'ailleurs parfaite ; l'enfant répondait aux questions par des signes de tête affirmatifs ou négatifs. La motilité et la sensibilité étaient partout intactes. Rien d'anormal à l'inspection de la bouche et de la gorge. La langue revêtue d'un enduit blanchâtre se meut parfaitement. Un peu de rougeur des conjonctives. Pupilles égales. Ouïe intacte des deux côtés. Encore quelques taches rubéoliques disséminées sur la poitrine. Respiration surtout costale, assez fréquente (24). Pouls, 90. Température, 37,8. Léger degré de catarrhe bronchique. Pointe du cœur battant dans le 5e et 6e espace intercostal. Bruits cardiaques normaux. Ventre un peu ballonné et présentant encore quelques traces de l'exanthème. La petite malade ne peut se tenir debout sur ses jambes, elle tombe aussitôt.

Tandis que les mouvements simples s'exécutent bien, il n'en est pas de même pour les mouvements combinés : par exemple, si la malade veut prendre une tasse et la porter à sa bouche, elle le fait avec une grande maladresse ; ce n'est qu'après bien des détours et après avoir heurté la joue ou le front, que la tasse parvient aux lèvres. Quand l'enfant saisit la tasse à deux mains, les mouvements sont moins désordonnés, mais ils sont encore saccadés et mal assurés. Micttion et selles normales : quand elle éprouve un de ces besoins, la petite malade lève la main. Appétit bon, humeur enjouée. — Aucune maladie antérieure un peu sérieuse. — Le 25 juillet, il y avait déjà une amélioration notable : l'enfant pouvait prononcer, lentement il est vrai, les voyelles, la plupart des consonnes et quelques petits mots tels que papa, mama. Sa voix était un peu nasonnante et son timbre élevé. Adossée à une table, elle pouvait rester quelques minutes debout, même avec les yeux fermés. Maladresse persistante dans les mouvements des mains.

L'auteur prescrivit un régime fortifiant, de la teinture de noix vomique et de la teinture d'acétate de fer. L'amélioration continua rapidement ; au commencement d'août, l'enfant commençait à marcher avec deux petites cannes; huit jours après elle n'avait plus besoin d'aucun aide, mais la marche était toujours mal assurée et semblable à celle d'un ataxique ; ses deux mains lui servaient de balancier pour se maintenir en équilibre. Les troubles intellectuels furent très-marqués, la petite malade avait oublié presque tout ce qu'elle avait appris avant sa maladie : très-forte jadis sur le calcul, elle n'était plus maintenant capable de résoudre le moindre problème; mais si on le résolvait devant elle, elle comprenait très-bien et ne l'oubliait plus, si bien qu'à la fin de l'année elle était rentrée en possession complète de ses connaissances antérieures.

Réflexions de l'auteur.— A quelle affection rapporter ces symptômes ? En l'absence de toute trace de diphthérie, de tabes dorsualis et d'autres affections médullaires, j'ai pensé devoir poser le diagnostic d'hydrocéphalie aiguë.

On peut rapprocher les symptômes observés dans ce cas-ci des affections nerveuses consécutives à la variole, signalées par Westphal. (Vid., n° I. Berlin., *Klin. Wochensch.*) A part ces derniers faits, à la connaissance de l'auteur, il n'a pas été mentionné dans la littérature médicale, de complications analogues soit dans la rougeole, soit dans d'autres exanthèmes fébriles.

J. REX.

Zwei besondere Formen von Lues hereditaria nebst allgemeinen Bemerkungen (Remarques sur deux formes particulières de syphilis héréditaire), par le Dr Carl HENNIG. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 5 *décembre* 1872, *p.* 109-113.)

L'auteur fait précéder les deux observations, que nous allons rapporter brièvement, d'un relevé statistique démontrant l'augmentation notable de fréquence de la syphilis chez les nouveau-nés dans ces dernières années, ainsi qu'on en peut juger par les chiffres suivants :

En 1855, dans la première année qui suivit l'inauguration de la polyclinique de Leipzig, on ne comptait aucun enfant syphilitique.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'août 1872, sur 4,934 enfants admis à l'hôpital, le docteur Heubner en a compté 53 syphilitiques (c'est-à-dire 1 sur 93). Cette proportion s'est considérablement accrue dans ces huit dernières années; en effet, le chiffre des enfants syphilitiques, depuis 1865 jusqu'en 1868, est de 1 sur 66, et entre 1868 et 1870, il est de 1 sur 65. Dans les deux dernières années, la proportion est de 1 sur 42.

1re OBSERVATION. — *Enfant née avant terme. — Gommes syphilitiques du poumon et de la capsule surrénale gauche.*

J. S..., enfant naturelle, née le 26 juillet avant terme (à 7 mois), entrée le 13 septembre à la Maternité de Leipzig. — Le père de l'enfant, ouvrier vitrier, était alors militaire dans l'armée du Rhin. — La mère, pâle mais bien constituée, ne portait aucune trace de syphilis.

L'enfant prit du lait de vache coupé d'eau, mais elle cria toute la nuit. Le lendemain, on lui donna un petit bain suivi d'enveloppement ouaté; une heure après elle avait déjà succombé.

Autopsie (14 septembre au matin). — Cadavre du poids de 2,000 grammes. — Face ridée et pâlie.

Peau du tronc jaunâtre. — Flaccidité des téguments. — Autour de l'anus et sur le périnée, plusieurs plaques muqueuses exulcérées. — Des oreilles s'écoule un mucus séreux; de l'orifice vulvaire une petite quantité de muco-pus.

Cerveau anémique, œdématié. — Caillots mous dans les sinus occipitaux.

Entre la peau et le sternum, petite collection purulente. — Thymus atrophié.

Cœur ferme et pâle. — Caillot mince dans l'oreillette gauche. — Trou de Botal oblitéré.

Poumons sains, sauf une couche néo-membraneuse pleurale dans la scissure interlobaire. Dans le lobe inférieur du poumon gauche, et s'étendant jusqu'à 3 millimètres dans le lobe supérieur, se trouve un nodule solide gris pâle, de la grosseur d'une fève. Pareille production se retrouve dans le lobe inférieur du poumon droit. Ces deux nodules sont plus rapprochés de la face antérieure et entourés d'une auréole assez large d'un bleu violâtre. On constate en outre un léger catarrhe bronchique et de l'emphysème.

Pancréas pâle et ferme, etc.

Rate volumineuse et de coloration foncée.

Capsule surrénale gauche augmentée de volume, adhérente au diaphragme et renfermant un contenu gélatineux.

Les nodules du poumon et les produits morbides de la capsule surrénale gauche présentaient au microscope tous les caractères de la gomme syphilitique.

2e OBSERVATION. — *Syphilides cutanées et mammaire chez un enfant né avant terme. — Catarrhe intestinal.*

L'auteur fait suivre cette observation de considérations philosophiques sur la syphilis et sur l'hygiène sociale, dans les détails desquelles nous ne croyons pas devoir entrer. F. LABADIE-LAGRAVE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

A treatise on the diseases of infancy and childhood, second edition, by Lewis Smith (Traité des maladies de la première et de la seconde enfance).— *Philadelphie,* 1872.

Delle cure dovute alla prima infanzia, consigli alle madre di famiglia (Des soins qu'exige la première enfance, conseils donnés aux mères de famille), par le Dr F. Bellini. (In-12, 354 p., *Florence*, 1872.)

Note sur la mortalité des nouveau-nés pendant le siége de Paris, par le Dr Créquy. (*Gazette des hôpitaux*, n° 11.)

Sur la faiblesse congénitale et son traitement, par M. Guéniot. (Leçon recueillie par M. Chantreuil.) (*Gazette des hôpitaux*, nos 4 et 24.)

Die Behandlung angeborner Atelektase durch warme Wasserdämpfe, von Dr Adolf Kjellberg (de Stockolm.) (Traitement de l'atélectasie par les bains de vapeur). *Jahrb. f. Kinderheilk.*, *VI Jahrg.*, *I Heft.*, *déc.* 1872, p. 61-65.

Du rhumatisme aigu chez les enfants, par Constant Picot. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Die Semiotik des Unterleibes, von prof. Widerhofer (De la séméiologie de l'abdomen). (*Jahrb. für Kinderheilk. VI Jahrg.*, *I Heft*, *déc.* 1872, p. 1-19. — *Leipzig.*)

Ueber Stuhlverstopfung im Kindesalter (De l'occlusion intestinale chez les enfants), par le Dr Alois Monti. (*Wiener med. Presse*, XIII, 26, 28, 1872.)

Spasme de la glotte précurseur de rougeole. — Emploi du musc. — Mort subite, par Bouchut. (*Gazette des hôpitaux*, n° 28.)

Symptômes de pleurésie gauche; rougeole intercurrente; croup secondaire. — Mort. — Autopsie, cavernes multiples à la base du poumon gauche produites par les bronches dilatées, par M. Rendu. (*Bull. de la Soc. anat.*, année 1872, 2e série, t. XVII, p. 209.)

Ein Fall von Pyo-Pneumothorax nach Durchbruch von bronchial Cavernen, von Dr Julius Veninger (de Vienne) (Un cas de pyo-pneumothorax consécutif à la rupture d'une caverne bronchique).(*Jahrb. f. Kinderheilk. VI Jahrg. Heft I, déc.* 1872, p. 97-101.)

Enfant de 27 mois atteinte de croup.—Trachéotomie.—Œdème sous-cutané. —Paralysie de la glotte.—Ulcération de la trachée.—Nécrose d'une portion de ses cerceaux. Guérison. (Observation communiquée par le Dr Lévêque.) (*Soc. méd. de Reims*, bulletin n° 9, p. 66.)

Paraplégie diphthéritique.—Déformation et attitude vicieuse des membres inférieurs.—Guérison par l'extension forcée, par Em. Larue (de Laval).(*Gaz. des hôpitaux.*)

A case of diphtheritic paralysis, par HEADLAND, Charing Cross hospital. (*Lancet*, 8 *fév.*)

Infantile paralysis treated by the continuous current, par M. SAMSOM. (*Lancet*, 4 *janv.*)

Clinical lectures on infantile paralysis and its resulting deformities (5e leçon), par Richard BARWELL. (*The Lancet*, 25 *janv.*, t. I, p. 125.)

Paralysie pseudo-hypertrophique, par DUCHENNE (de Bologne). (*Gazette des hôpitaux*, n° 27, et *Soc. de méd. de Paris*, 19 *juill.* 1872.)
Présentation d'un jeune malade de 7 ans atteint de paralysie pseudo-hypertrophique. Son frère et trois oncles maternels ont déjà succombé à cette affection.

Einen kleine Recurrens-Epidemie, von Dr C. PILZ (de Stettin) (Une petite épidémie de fièvre recurrente). (*Jahrb f. Kinderheilk. VI Jahrg.*, *Heft. I*, p. 66-85, 5 *déc.* 1872.)

Three cases of renal diseases in children, probably caused by malaria, by Samuel C. BUSEY (Trois cas d'affection renale chez les enfants, probablement d'origine paludéenne) (*The american Journal of the medical sciences*, p. 123-129, *janv.*)

Du diabète sucré dans l'enfance, par SENATOR. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 25 *nov.* 1872.)

Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né, par M. LE PILEUR. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 1.)

On a case of tumour in sterno-mastoïd of a young infant (probably a syphilitic deposit), par Jonathan HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, 1er *fév.* t. I, p. 112.)

Caries of the temporal bone (Carie du rocher et abcès du cervelet chez un enfant de 13 ans), par WILSON. (*The Dublin Journal of med. sc. december*, 1872.)

Brides fibreuses resserrant les mâchoires, produites à la suite de gangrène de la bouche chez une enfant de 11 ans, par le Dr L. BLEYNIE. (*Revue méd. de Limoges*, *fév.*)

Ein Fall von zelliger Atresie der kleinen Schamlippen bei einem 9 monatlichen Mädchen, von Dr F. von HUEBNER (Un cas d'atrésie du vagin (adhérence celluleuse des nymphes) chez une petite fille de 9 mois). (*Jahrb. für Kinderheilk*, *VI Jahrg. Heft. I*, *déc.* 1872, p. 101-102.)

Ruckblick auf die im Pester Kinderspitale vom 1 *Januar* 1869 *bis* 31 *December* 1871, behandelten Augenkrankheiten, von Dr Sigmund VIDOR (Rapport sur les maladies des yeux traitées à l'hôpital des enfants de Pesth, depuis le 1er janvier 1869 jusqu'au 31 décembre 1871). (*Jahrb. f. Kinderheilk*, ch. IV, p. 4-60. *VI Jahrg. I Heft.*, *déc.* 1872.)

Die Kinderheilanstalten Bayerns und deren Leistungen in den Jahren 1868 *bis* 1870 (Rapport sur les hôpitaux d'enfants en Bavière), par le Dr KARL MOJER (de Munich). (*Journal für Kinderkrankheiten* von J. Behrens, A. Hildenbrand und A. Wintrich, 30e *Jahrg*, *Heft.* 9 et 10.—*Erlangen*, 1872.)

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS

ANALYSES.

Ueber das Wesen des Rhinosclerom (Sur la nature du Rhinosclérome), étude clinique et histologique, par E. GEBER. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis. Vienne*, 1872, 4e *fascicule*, *p.* 493.)

Hébra a décrit sous ce nom une affection néoplasique du nez caractérisée par la dureté considérable des parties attaquées. On a discuté sur la nature de l'affection. Kaposi, d'après l'examen histologique, la rapproche du glio-sarcôme; d'autres l'ont regardée comme étant de nature syphilitique.

Geber donne trois nouvelles observations et cherche à établir le siége et la nature de l'affection.

1er Cas. — Durée huit ans. Obturation complète des narines. Etat scléreux des ailes du nez. Affection limitée aux fosses nasales. Mort par affection intercurrente. Examen histologique.

2e Cas. — Début par les fosses nasales. Propagation secondaire au voile du palais et au pharynx. Une opération ramenant passagèrement la perméabilité des fosses nasales. Examen histologique d'après un fragment enlevé du pharynx.

3e Cas. — Quinze ans de durée. Début pendant l'adolescence par le nez. Deux opérations palliatives avec amélioration passagère. Depuis quatre ans, propagation à la lèvre supérieure et à la partie antérieure du voile du palais.

Dans les trois cas, absence complète d'antécédents syphilitiques et inutilité des traitements spécifiques employés. L'examen histologique a donné, dans les deux cas où on a pu le faire, des résultats identiques dont voici les principaux :

Les éléments montrés par la dissociation sont de deux espèces : 1° des cellules arrondies, ovalaires ou presque fusiformes en grand nombre, tantôt isolées, tantôt accolées entre elles, contenant de un à trois noyaux et plusieurs nucléoles ; de plus un grand nombre de noyaux libres, assez gros, à nucléoles fortement réfringents ; 2° une substance intercellulaire d'apparence striée et sur les limites de laquelle se voient des fibres ramifiées.

Sur des coupes on constate l'épaississement de la couche épithéliale d'où partent des prolongements épithéliaux qui s'enfoncent parfois en se ramifiant jusque dans le tissu muqueux, les cellules

épithéliales qui forment ces prolongements devenant de moins en moins distinctes. Les papilles de la muqueuse sont irrégulières et contiennent plus d'éléments celluleux qu'à l'état normal.

Dans les tissus muqueux et sous-muqueux on constate une grande richesse de tissu conjonctif et une infiltration diffuse de cellules; par places, elles sont régulièrement disposées dans les mailles d'un tissu réticulaire très-fin qui paraît être du tissu conjonctif et dont la disposition rappelle les tissus adénoïdes.

Conclusions. — Le rhinosclérome est une affection primitive du nez qui n'existe que secondairement dans les parties voisines. Quant à sa nature, il se distingue du carcinome par sa marche clinique et par l'examen histologique; il ne dépend pas nécessairement d'une maladie générale comme la syphilis.

Geber admet « que le rhinosclérome, causé par une cause irri-« tante chronique quelconque, consiste en une infiltration et une « prolifération diffuse des tissus, ayant son point de départ dans les « tissus muqueux et sous-muqueux. »

EXCHAQUET.

La syphilis chez la femme. — Troubles nerveux de la période secondaire. Leçons professées à l'hôpital de Lourcine par M. le Dr A. FOURNIER. (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, nos* 45, 48 *de* 1872 *et* 1, 4, 6 *de* 1873.)

M. le docteur Fournier commence par établir que ce qui distingue la syphilis de la femme de la syphilis de l'homme, ce sont la fréquence, la diversité et l'intensité plus grandes des troubles nerveux secondaires. La syphilis, surtout chez les femmes prédisposées, nerveuses, excitables, devient une opportunité morbide qui éveille l'éréthisme de l'appareil sensitivo-moteur et produit ce que l'on a si justement appelé *le nervosisme secondaire* ou *nervosisme diathésique*. Aussi l'on peut dire que la vérole secondaire, chez la femme surtout, est essentiellement *nerveuse*, bien plus qu'à une période plus éloignée de la diathèse.

Parmi les manifestations habituelles du système nerveux à la période secondaire, l'auteur étudie la céphalée, les troubles du sommeil, l'asthénie nerveuse, les douleurs névralgiformes ou névralgiques, les troubles divers de la sensibilité.

La *céphalée* qui est décrite dans ce travail, diffère des céphalées crânienne et névralgique qui s'observent aussi chez les syphilitiques par les caractères suivants : 1° elle n'est provoquée ni par une lésion de la boîte crânienne, ni par une névralgie d'un rameau nerveux crânien; 2° elle est plus générale; 3° elle est plus profonde : on ne saurait assurément dire son siége. Mais tout porte à croire qu'elle est d'origine intra-crânienne, méningée ou cérébrale; c'est le mal de tête par excellence qu'on pourrait appeler *encéphalalgie*. Cette douleur est donc profonde, interne, assez étendue,

avec prédominance au front, aux tempes, à la nuque; elle est pénible, de forme gravative, lancinante, contusive, etc.

Elle a différents degrés d'intensité, depuis cette simple lourdeur de tête qui permet aux malades de vaquer à leurs occupations et de dormir, jusqu'à ces douleurs atroces, épouvantables qui rappellent les coliques hépatiques ou néphrétiques à leurs paroxysmes les plus aigus.

Arrivée à ce degré, la douleur de tête retentit sur l'intelligence qui s'alourdit et devient paresseuse, il y a souvent des *étourdissements*, des vertiges, des troubles de la vue sans lésions ophthalmoscopiques; lorsqu'elle se manifeste sous forme aiguë et violente, elle peut se compliquer d'un véritable subdélirium intermittent, et s'accompagner de projets ou de tentatives de suicide. Comme évolution, la céphalée secondaire affecte deux types différents, le type *continu avec exacerbation* et le type *intermittent*.

Dans le premier type, les malades souffrent de la tête d'une façon continue avec exacerbations qui se montrent surtout le soir ou la nuit. Dans la seconde variété, la céphalée disparaît ordinairement le jour pour apparaître le soir ou la nuit, et quelquefois même elle affecte dans ces intermittences une véritable périodicité et apparaît aux mêmes heures. La durée de la céphalée varie de plusieurs jours à plusieurs semaines ou plusieurs mois; dans la plupart des cas, elle est diminuée certainement par l'emploi du mercure ou par la médication mixte (mercure et iodure de potassium) quand on a affaire à des crises violentes de céphalée.

L'*insomnie*, accident très-fréquent et précoce de la période secondaire, est symptomatique ou essentielle : symptomatique, lorsqu'elle résulte des douleurs variées qui affligent si souvent les syphilitiques ; essentielle, lorsqu'elle n'est provoquée par aucune souffrance, par aucune cause appréciable.

L'*asthénie nerveuse* comprend des troubles divers, des phénomènes de dépression et d'atonie se produisant vers les principaux appareils; faiblesse générale, courbature continue; asthénie circulatoire (pouls et battements du cœur faibles, étourdissements, vertiges, lipothymies, défaillances, etc.; asthénie digestive (inappétance, dyspepsie, vomissements, constipation); asthénie nerveuse (obtusion de la sensibilité, diminution des forces musculaires, paresse des sens et de l'intelligence); troubles variés du grand sympathique (sueurs générales ou locales, refroidissements partiels, etc.); activité moindre de la nutrition, de l'assimilation (anémie, amaigrissement, alopécie, etc.). La syphilis exerce donc une action dépressive, atonique sur le système nerveux, analogue à celle que produisent les hémorrhagies rebelles, les grandes commotions morales, la chlorose, l'anémie, etc.

Les *névroses douloureuses* de la vérole sont caractérisés bien plus souvent par des douleurs névralgiformes que par des névralgies

vraies. En un mot, les souffrances qu'elles déterminent sont moins *anatomiques* que les autres névralgies, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas de foyers bien déterminés et des irradiations bien circonscrites sur le trajet des nerfs. Ces douleurs névralgiformes s'observent surtout à la tête (régions sus-orbitaire, frontale, temporales, occipitale); il ne faut pas les confondre avec l'encéphalalgie et la céphalée dérivant de lésions osseuses (ostéalgie, périostite, etc.). La névralgie faciale de nature syphilitique a pour caractère, de n'affecter que très-rarement les branches inférieure et moyenne du trijumeau et d'occuper le plus souvent les branches supérieures surtout dans ses rameaux sus-orbitaires (névralgie frontale).

La sciatique, qui vient après les névralgies de la tête par ordre de fréquence, ne se différencie des autres sciatiques par aucun caractère clinique; mais il est bon de remarquer qu'elle n'affecte jamais le nerf dans toute son étendue et qu'elle descend rarement au delà du genou (névralgies lombo-fessière, lombo-crurale).

Les névralgies intercostale, lombo-abdominale, crurale, mammaire et surtout les névralgies cervicales et cervico-brachiales, etc. s'observent bien plus rarement.

Ces douleurs névralgiques, qui peuvent constituer à un moment donné les seuls phénomènes cliniques de la maladie, sont purement dynamiques dans la majorité des cas, c'est-à-dire qu'elles ne sont accompagnées d'aucune lésion; il en est d'autres qui sont symptomatiques de lésions intéressant la substance même des nerfs, leur névrilème, ou agissant sur eux par irritation de voisinage ou par compression.

Les altérations de la sensibilité pendant la période secondaire sont très-communes chez les femmes, fait qui n'a été remarqué par aucun observateur : tantôt, ce qui est le plus fréquent, elles ne portent que sur la perception de la douleur (analgésie); tantôt, elles intéressent les perceptions douloureuses et les sens du tact (analgésie et anesthésie); quelquefois elles altèrent le sens de la température.

L'analgésie est plus ou moins marquée; elle est quelquefois générale, d'autres fois partielle, auquel cas elle affecte principalement l'extrémité des membres et surtout des membres supérieurs, la face dorsale du métacarpe, le sein, les joues, etc. L'analgésie syphilitique offre comme caractère différentiel de l'analgésie hystérique, sa localisation souvent symétrique aux deux mêmes membres. Elle est ordinairement superficielle et exclusivement cutanée, elle se propage parfois aux muqueuses (muqueuses de la bouche, de la langue, des fosses nasales, de la conjonctive, de la vulve plus rarement). M. Fournier a vu l'analgésie tégumentaire se compliquer d'analgésie musculaire et de phénomènes ataxiques par suite de la perte du sens musculaire. La fréquence de ces divers troubles de la sensibilité à la période secondaire de la syphilis,

leur développement dans des conditions toujours identiques, leur mode d'évolution et leur durée prouvent que l'on n'a pas affaire dans ces cas à des accidents de nature hystérique.

Les autres manifestations nerveuses (paralysies secondaires et troubles nerveux des sens spéciaux) s'observent bien plus rarement que celles qui viennent d'être énumérées.

Les paralysies les plus fréquentes sont : l'hémiplégie faciale, la paralysie de la 3e et de la 6e paires. L'hémiplégie faciale est la plus fréquente et la plus précoce, on l'a vue survenir même dès le début des accidents secondaires.

La syphilis produit des désordres encore plus étendus du côté de la motilité; c'est ainsi qu'elle a pu déterminer des paralysies d'une moitié du corps, des hémiplégies dont le docteur Fournier a observé une demi-douzaine de cas. Ces paralysies survenant le plus souvent après de violents accès de céphalée chez des individus jeunes, indemnes de toute maladie du cœur ou des vaisseaux, de toute prédisposition aux maladies cérébrales, qu'elle soit héréditaire, personnelle ou professionnelle, guérissent toujours sous l'action combinée du mercure et de l'iodure de potassium. Ces hémiplégies secondaires de la syphilis ont pour caractère clinique de se produire sans attaque apoplectique, mais plutôt avec lenteur, de n'être pas complètes et absolues, de ne pas être accompagnées d'une altération parallèle de la sensibilité; l'œil, comme dans les paralysies faciales d'origine cérébrale, peut se fermer. Quant à la nature de ces paralysies, on ne peut faire que des hypothèses à ce sujet; sont-elles essentielles, idiopathiques ou symptomatiques de lésions? Cette dernière opinion est la plus vraisemblable. Il est probable que les paralysies si bien circonscrites à un groupe de nerfs (paralysies faciales ou oculaires) sont dues à une compression exercée sur les filets nerveux dans leurs trajets ostéo-fibreux, ou à une altération de leur texture, ou à une lésion encore inconnue. Nous ne savons pas davantage si les os, le cerveau, les méninges ou les vaisseaux sont altérés dans ces hémiplégies.

Quant aux troubles nerveux des sens spéciaux, il suffira sans doute de les énumérer : éblouissements, troubles visuels passagers, paralysie de l'accommodation, amblyopie sans lésions appréciables à l'ophthalmoscope; bourdonnements, tintements d'oreille, dureté de l'ouïe, etc.

Les facultés intellectuelles sont très-rarement atteintes; cependant l'auteur a observé une diminution dans l'activité normale de l'intelligence, des phénomènes de torpeur, de dépression cérébrale, de prostration mentale qui auraient pu un instant faire croire au début d'une affection grave du cerveau et notamment d'une méningite tuberculeuse.

Mais là où l'action de la syphilis est manifeste et intéressante à constater, c'est dans l'influence qu'elle exerce sur les névroses;

or, elle est capable, ou de stimuler certaines névroses préexistantes, de réveiller certaines névroses éteintes ou calmées, ou encore de provoquer et de créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle. L'hystérie et l'épilepsie subissent particulièrement l'influence de la diathèse syphilitique, mais elles ne la subissent que d'une façon transitoire et sont traitées avec avantage par les spécifiques de la vérole. Mais la syphilis ne donne naissance qu'à des *crises épileptiformes,* qui peuvent bien offrir la plus grande analogie avec les crises épileptiques, mais qui ne constituent pas l'épilepsie vraie. L'épilepsie secondaire de la syphilis est une fausse épilepsie, qui se reconnaît surtout à son caractère transitoire et à la possibilité de sa guérison par les antisyphilitiques ; elle s'allie le plus souvent à l'hystérie, et, dans les cas que M. Fournier a vus, il n'a jamais observé le cri initial de l'accès convulsif.

La syphilis détermine aussi des *troubles du système nerveux sympathique ou ganglionnaire.* Parmi les manifestations de ce genre, il faut signaler les troubles de la caloricité, de l'innervation vasomotrice (refroidissements partiels, algidités locales, sensations générales de refroidissement, frissons passagers, bouffées de chaleur à la tête, sueurs générales et intermittentes, partielles et continues). HENRI HUCHARD.

Venereal stricture of the rectum by Eskine MASON, professor in the university of New-York. (*The american Journal of the medical sciences*, 1873, *n°* CXXIX, *p.* 22-37.)

Depuis six ans, l'auteur a observé, tant à la Charité de New-York que dans sa pratique civile, 40 cas de rétrécissements du rectum ; tous chez des femmes, tous ayant eu une origine vénérienne. L'auteur a pu se convaincre de l'exactitude des opinions émises par M. Gosselin dans son mémoire de 1854, inséré dans les *Archives de médecine*, et il n'a publié son travail que pour montrer une fois de plus que les rétrécissements, *dits syphilitiques*, du rectum ne sont pas dus à la syphilis, mais proviennent de chancres non infectants développés sur place.

Après avoir envisagé l'historique de la question, E. M. discute les causes des rétrécissements. Il a suivi pendant plusieurs mois des malades qui avaient eu des chancres indurés et des plaques muqueuses multiples de l'anus sans avoir observé chez elles la moindre apparence de rétrécissement.

Toutes celles, au contraire, qui avaient des chancres mous multiples (il assurait le diagnostic par l'inoculation) présentaient après guérison une rétraction qui lui faisait prédire un rétrécissement à venir. Il a pu vérifier ce pronostic sur une malade qui rentra à

l'hôpital, où elle succomba à une maladie de Bright et où l'autopsie permit de constater le degré avancé des lésions du rectum.

Parmi ses malades, 15 n'avaient aucune trace de syphilis antérieure; chez deux autres, des éruptions secondaires se manifestèrent lorsque le rétrécissement existait déjà.

Après avoir exposé l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic, l'auteur aborde le traitement.

Il rejette l'emploi de tout caustique comme aggravant la maladie.

Il emploie au début le sous-carbonate de bismuth, administré par la bouche et par le rectum. Les lavements auxquels on incorpore le bismuth sont composés d'eau et de glycérine, auxquelles il ajoute, en cas de vives douleurs, de la morphine ou de l'extrait d'opium.

Ensuite il essaye la dilatation avec les bougies, qu'il n'introduit que deux ou trois fois par semaine et dont il n'augmente le calibre que peu à peu. En cas d'insuccès, ou si le rétrécissement présente une étroitesse et une dureté notables, il a recours aux incisions multiples, suivies de l'introduction de bougies.

Enfin, si malgré ces moyens les accidents persistaient, et surtout s'ils tendaient à s'aggraver, il pratiquerait la colotomie lombaire, s'appuyant sur le succès de W. Allingham *(On lumbar Colotomy, in vol. I, New-Series of Saint-Thomas's Hospital Reports for* 1870), dans deux cas dont E. M. donne l'analyse.

L'article se termine par un tableau synoptique de 31 cas, où l'auteur indique seulement l'âge des malades, l'existence ou la non-existence de syphilis antérieure, les complications, et enfin le siége du rétrécissement. Ce tableau serait plus instructif s'il nous renseignait sur les traitements employés et sur leurs résultats.

CH. PÉRIER.

On a peculiar affection of the hands and feet (Sur une affection particulière des mains et des pieds), par J. MORGAN. (*The med. Press and Circular,* 18 *déc.* 1872 *et* 15 *janvier* 1873, *p.* 521.)

L'affection décrite dans ce mémoire atteint les doigts et les orteils; elle est liée à l'existence de la *syphilis héréditaire* ou *acquise.* Elle se rencontre surtout chez les enfants, et, dans la pratique, il est souvent difficile d'établir l'hérédité de la syphilis dans ces cas; mais il importe, au point de vue du traitement, de reconnaître cette cause, quand elle existe.

La maladie qui affecte ordinairement les doigts et les orteils peut aussi se montrer sur les métacarpiens ou les métatarsiens au voisinage de leurs articulations. Le docteur Taylor, de New-York, l'a désignée sous le nom de *dactylite syphilitique.*

Chassaignac en 1859; Nélaton en 1860; Volkmann et Berg, de

Copenhague, en 1870; Taylor en 1871, et tout récemment Perry, de Philadelphie, ont décrit cette affection comme une manifestation syphilitique. L'auteur a déjà eu l'occasion, dans un ouvrage publié en 1872 (*Practical Lessons on contagious Diseases*), d'en discuter la nature et d'en établir le traitement.

C'est à la période tertiaire de la syphilis que les doigts sont atteints ; le siége ordinaire des lésions est *la première phalange ;* mais la deuxième peut aussi être attaquée. La phalange présente un gonflement surtout à la face dorsale et prend *un aspect globuleux*; l'articulation peut être affectée elle-même.

Il n'y a pas d'élévation de température et peu ou pas de changement de couleur à la peau; la marche de la maladie est lente et accompagnée de si peu de douleur que le malade y fait à peine attention. A l'examen, on trouve quelquefois de la crépitation dans les articulations phalangiennes ou métacarpo-phalangiennes, ce qui indique généralement une forme bénigne de la maladie.

La tumeur formée par la phalange peut être prise pour un enchondrome, mais elle en diffère par son mode de développement, l'accroissement surtout à la face dorsale et la crépitation.

J. Morgan, dans le numéro du 15 janvier 1873 du même journal, rapporte cinq observations qui lui sont personnelles et deux autres qui ont été publiées par le Dr Perry dans le *Philadelphia Med. Times.* Quatre dessins, dont deux coloriés, accompagnent ces observations.

Ainsi qu'on peut en juger par ces dessins et comme l'indique l'auteur lui-même, l'affection qu'il décrit peut être facilement confondue, à une certaine période, avec certains accidents de la scrofule. Mais le traitement spécifique est, dans ces cas, un moyen de trancher la question.

C'est toujours au traitement anti-syphilitique qu'il faut avoir recours. En même temps on immobilise la jointure et on la préserve du froid. On peut aussi recouvrir les parties malades avec un mélange d'une partie de teinture d'iode pour huit parties de collodion élastique. L'emploi du bistouri n'est presque jamais nécessaire. De toute façon, il ne faut jamais amputer sans avoir préalablement essayé le traitement spécifique. E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

De la nature du lichen hypertrophique, par M. Adrien CHARPY. (*Annales de Dermatologie*, 1872-73, n° 1.)

C. rapporte deux observations de lichen hypertrophique, l'un ulcéré, l'autre non ulcéré. Il enlève de petits lambeaux de la tumeur et pratique un examen histologique; il trouve que ces tumeurs présentent la même structure que les papillomes, d'où sa conclusion : le lichen hypertrophique est un papillome étalé en plaque.

Remarquons que sous le nom de lichen hypertrophique, M. Hardy a décrit le mycosis fongoïde de M. Bazin. Or le mycosis fongoïde est constitué par du tissu lymphatique de nouvelle formation (thèse de Gillot, 1869); il y aurait donc lieu, si on veut conserver la dénomination de lichen hypertrophique, d'en distinguer deux espèces bien différentes au point de vue anatomique. DEBOVE.

Zur Anatomie des Xanthoma palpebrarum (Contribution à l'anatomie du xanthome des paupières), par Eduard GEBER et Oscar SIMON. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872, 3e *fascicule*.)

La plupart des auteurs les plus récents ont considéré cette affection comme une dégénération graisseuse du tissu conjonctif. Un cas observé par les auteurs du Mémoire a donné les résultats histologiques suivants : On retrouve tous les éléments histologiques normaux de la peau des paupières, mais la coupe présente un aspect caractéristique dû à la prolifération des cellules. Les glandes sébacées sont hypertrophiées, et leurs cellules épithéliales agrandies; de plus, il existe presque dans toute l'épaisseur de la peau des amas de cellules qui se continuent immédiatement avec les glandes sébacées, ou en sont séparées par des faisceaux de tissu conjonctif. Ces cellules, arrondies ou polygonales, ont un diamètre moyen de 14 à 28 μ., et ont un contenu homogène ou granuleux, parfois un noyau fortement réfringent. Elles sont toujours réunies en amas de cellules immédiatement accolées entre elles, et ces amas se groupent souvent en plaques limitées par du tissu conjonctif serré. Les vaisseaux paraissent dilatés, surtout au voisinage des glandes sébacées.

On peut, d'après le résultat de l'examen histologique, désigner cette affection comme un développement hyperplasique des cellules des glandes sébacées.

Dans un cas observé ultérieurement, l'examen histologique a montré les mêmes altérations, légèrement modifiées par la présence de comédons, qui du reste se distinguent parfaitement des plaques du xanthôme par la netteté et la régularité de leur contour.

Les grandes différences relevées dans la description des différents auteurs démontrent qu'on a décrit sous le nom de xanthômes un grand nombre d'affections différentes. EXCHAQUET.

The etiology of psoriasis, par BALMANNO SQUIRE. (*Brit. Med. Journ.*, 8 *févr.* 1873.)

L'auteur pense que cette maladie est véritablement d'origine asiatique. Et en effet, dans son service hospitalier où il traite beaucoup de juifs pauvres, c'est surtout chez eux, qu'il a rencontré le psoriasis ; il l'a rencontré de même aussi fréquemment chez des juifs riches : ce sont les raisons qui lui font supposer que c'est bien une maladie d'importation asiatique. Le psoriasis est d'observation fréquente dans notre pays et il serait intéressant de contrôler cette opinion peut-être un peu aventurée.

A. G.

Favus bei Mäusen (Du favus chez les souris), par le Dr Th. SIMON de Hambourg. (*Arthiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872, *p.* 401.)

On avait déjà observé sur la souris une affection analogue au favus de l'homme. Simon a eu occasion d'en examiner de nouveaux cas sur une douzaine de souris d'âges divers, prises à diverses époques, mais toutes dans la même pièce. Elles présentaient tous les degrés de la maladie ; dans les cas encore récents, on voyait des croûtes jaunâtres en godet, parfaitement analogues à celles de l'homme. Dans les cas plus anciens, on trouvait des croûtes plâtreuses. Le siége de prédilection paraît être l'oreille. L'examen microscopique montrait, dans tous les cas, l'existence des spores et des filaments de l'Achorion Schœnleinii.

EXCHAQUET.

Ueber die innerliche Anvendung der Carbolsaüre bei einigen Formen von Hauterkrankungen (Note sur l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur dans quelques maladies de la peau), par E. GUENTZ, de Dresde. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1872, *p.* 551.)

Expérimenté sur plus de 150 malades atteints de différentes affections cutanées, l'acide phénique a donné les résultats suivants :

Succès complet et durable dans plusieurs cas de prurit sans lésion apparente de la peau. Effet passager ou nul dans d'autres cas ;

Dans le prurigo après emploi prolongé de l'acide phénique, circonscription de la rougeur en taches limitées qui disparaissent peu à peu. Mais souvent l'emploi du médicament détermine la formation de pustules, et de plus l'effet curatif est presque toujours passager;

Dans l'eczéma, action à peu près nulle ainsi que dans le psoriasis ;

Insuccès complet dans la syphilis et dans un cas de lupus non exedens de la face.

EXCHAQUET.

On a case of molluscum contagiosum, par H. EAMES. (*Brit. med. Journal*, 28 *décembre* 1872.)

Observation fort intéressante faite sur une famille assez nombreuse. Trois enfants sur quatre furent atteints de cette affection successivement, ainsi que la mère. Le père seul échappa à la contagion. Aucun enfant de cette famille n'avait jamais présenté la moindre affection scrofuleuse et tous jouissaient d'une excellente santé. A. G.

On molluscum contagiosum, par D. FERRIER. (*Brit. med. Journ.*, 28 *décemb.* 1872.)

Après avoir cité deux cas de molluscum contagiosum, la mère et l'enfant, l'auteur aborde la pathogénie de cette affection. Après avoir relaté les opinions de M. Hardy et de M. B. Squire sur la nature parasitaire de cette affection, il expose les recherches qu'il a entreprises pour vérifier ces opinions, qu'il adoptait en principe; ces recherches l'ont amené à nier la présence d'un parasite. Les spores et mycelium que l'on rencontrerait dans ces cas seraient créés par des réactions chimiques, phénomènes que l'auteur aurait vus se passer sous ses yeux, à mesure qu'il augmentait la quantité du réactif (potasse caustique). Le traitement des secrétions par l'éther ne permet plus de reconnaitre la présence de ces fausses spores, et si alors on essayait de nouveau l'examen au moyen de la potasse, on ne les découvre plus sous l'objectif. La fermentation de la matière de ces tumeurs pratiquée au moyen de la solution de Pasteur n'a pas donné de résultats plus positifs.

Aussi l'auteur conclut-il en niant la présence d'un parasite végétal dans ces sortes de tumeurs. Il reste encore pour lui à découvrir la véritable cause de cette affection. A. GOUGUENHEIM.

Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou : Note lue à la Société médicale des hôpitaux, le 26 juillet 1872, par M. E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (*Un. méd.*, n° 149, 17 *déc.* 1872, *p.* 925.)

M. Vidal rapporte trois observations d'accidents de syphilis constitutionnelle succédant, dans les deux premiers cas, à des chancres mous, dans le troisième, à des chancres mous près desquels s'était développée une induration isolée du derme qui prit ensuite les caractères du chancre induré. L'auteur fait suivre ces observations de réflexions qu'il résume ainsi : « 1° L'induration par néoplasme, même au delà du chancre, est le premier symptôme pathognomonique de la syphilis. 2° Dans l'immense majorité des cas, la suffusion plastique se fait à la base du chancre ; le chancre devient induré. 3° Dans d'autres cas, le chancre reste mou, jusqu'après cicatrisation ; mais l'induration, indolore et en chapelet, des ganglions lymphatiques révèle l'infection syphilitique. S'il était une loi absolue en syphiligraphie, ce serait celle qui a été formulée en ces termes par M. Ricord : « Pas de chancre infectant sans bubon sympto-

matique induré. » 4° Dans quelques cas exceptionnels, le chancre mou est suivi d'une induration de voisinage, induration satellite, premier signe affirmatif de la diathèse syphilitique. J. C.

Des affections oculaires d'origine syphilitique, par M. A. FOURNIER (Suite). (*Journ. d'ophthalmologie, p.* 543-560, *nos de nov. et déc.* 1872.)

Après un court aperçu sur les lésions syphilitiques de la cornée, M. Fournier insiste plus longuement sur les altérations spécifiques de la choroïde, du nerf optique et de la rétine. Il fait remarquer, à juste titre, « la tendance singulière que présentent ces lésions à se compliquer réciproquement, à se combiner, à se succéder, à s'ajouter, en un mot, les unes aux autres. » Cette combinaison est-elle aussi caractéristique que semble l'admettre l'auteur? Nous ne le croyons pas. D'un autre côté, faut-il invoquer la localisation habituelle des lésions vers le pôle postérieur de l'œil, la forme et la disposition cerclée ou demi-cerclée des exsudations oculaires, l'altération rapide des milieux transparents, pour formuler un diagnostic précis et assurer l'origine spécifique de la lésion? Tel paraît être l'avis de M. Fournier, qui cependant ne considère pas ces signes comme pathognomoniques de la vérole et recommande l'étude complète du malade et des commémoratifs.

Les syphilis graves ou à manifestations très-apparentes ne sont pas celles qui donnent fatalement naissance aux lésions oculaires précédentes, et il n'est pas rare de les voir apparaître chez des malades qui jusqu'alors n'avaient éprouvé que des manifestations légères.

M. A. Fournier préconise le traitement par les frictions d'onguent mercuriel double; « c'est, dit-il, la meilleure, la véritable, la seule ressource. » Il fait ces frictions jusqu'à ce que la bouche soit un peu irritée, et les continue, tout en modérant l'irritation buccale, soit par le chlorate de potasse, soit par l'administration externe des sulfureux, qui certainement, d'après lui, « facilitent la tolérance du mercure. »

F. TERRIER.

Lésions syphilitiques tertiaires de bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses, Hydarthroses tertiaires, par M. le professeur A. VERNEUIL. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, *n°* 2, *janvier* 1873.)

M. Verneuil et après lui M. A. Fournier ont constaté dans la période secondaire de la syphilis des lésions des synoviales tendineuses. Les accidents tertiaires des bourses séreuses sont moins bien connus, et M. Verneuil cite des observations de tumeurs gommeuses de plusieurs bourses séreuses (à la tubérosité antérieure du tibia, à la patte d'oie en arrière de l'olécrane, etc.) et d'hydrarthroses développées pendant la période tertiaire de la syphilis. HENRI HUCHARD.

On palsy of the vocal cord from intracranial syphilis (De la paralysie des cordes vocales à la suite de la syphilis intra-crânienne), par H. JACKSON. (*Brit. med. journ.*, 25 *janvier* 1873.)

L'auteur fait allusion à des cas d'aphonie qu'il appelle syphilitique, et où le laryngoscope ne permit pas de reconnaître autre chose que la paralysie de ces cordes sans autre lésion, et dans lesquels, à l'autopsie, on ne découvrit rien autre que de l'atrophie des muscles laryngés. L'examen de la moelle allongée et du cerveau donnait la clef de ces sortes d'aphonie qui étaient la suite de lésions syphilitiques, comprimant ou intéressant les racines des nerfs qui président à la motilité du larynx. Je pense qu'en désignant *la huitième paire* comme altérée dans ces cas l'auteur a voulu désigner le nerf spinal, comme du reste le font supposer les lignes qui terminent son article, et qu'il y a là erreur de dénomination.

A. G.

Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique, par M. C. TACHARD. (*Revue médicale de Toulouse, février* 1873.)

La solution que le docteur Tachard emploie avec succès est la suivante :

Bichlorure de mercure.....	1 gr.	
Chlorure ammonique.....	1	
Chlorhydrate de morphine.....	0	50 centigr.
Eau distillée.....	100 gr.	

Grâce à l'addition du chlorure ammonique, la solubilité du sel mercuriel est considérablement augmentée, et son absorption a lieu immédiatement après l'injection. Avec cette formule, 20 divisions de la seringue correspondent à 5 milligrammes de sublimé, de sorte que l'on peut facilement doser la quantité de médicament à administrer, soit 1 milligramme à 1 centigr.

Sur 34 malades, l'auteur a obtenu 15 guérisons et 14 améliorations plus ou moins notables. Ces heureux résultats doivent être enregistrés à l'actif des injections mercurielles dans la syphilis, préconisées par M. Liégeois.

HENRI HUCHARD.

Ueber den Verlauf der Syphilis bei Schwangerschaft (De la marche de la syphilis pendant la grossesse), par SIGMUND. (*Wiener medicinische Presse*, 1873, *n°* 1.)

L'auteur n'envisage que la syphilis contractée par les parties génitales pendant ou peu avant la grossesse.

Suivant lui, l'aptitude à prendre la vérole serait plus grande chez la femme enceinte, l'inoculation du virus étant favorisée par l'état catarrhal particulier de la muqueuse génitale. Il rapporte à cette même cause la gravité et l'extension rapide des *accidents primitifs*, soit que ceux-ci siégent aux organes génitaux externes, soit qu'ils occupent la portion vaginale du col. Ces mêmes lésions peuvent en outre devenir un danger

sérieux au moment de l'accouchement; en effet, les tissus œdématiés ou infiltrés par les exsudats syphilitiques sont devenus inextensibles et se déchirent facilement au moment du passage des parties fœtales.

Quant aux *accidents secondaires*, l'auteur insiste sur leur bénignité relative qui serait le résultat des modifications apportées par la grossesse à l'état général de la femme (suractivité fonctionnelle, richesse plus grande du sang, etc.). L.-E. DUPUY.

Widersprüche in der Medizin (Contradictions dans la médecine), par le prof. NAGEL, à Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1872, *n*° 53.)

Sous ce titre assez étrange, l'auteur cherche à démontrer que la syphilis peut guérir sans mercure et que la médication hydrargyrique peut être préjudiciable à l'économie. KLEIN.

Ein Corollarium nach 32 jähriger Praxis (Un corollaire après une pratique de 32 ans), par le Dr ZECHMEISTER, à Esseg. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1872, *n*° 52.)

L'auteur s'élève contre le traitement mercuriel et déclare que, dans un grand nombre de cas, et pendant sa longue pratique, il a constaté d'excellents effets des traitements les plus simples. KLEIN.

Observations de maladies syphilitiques.

Zur Casuistik der Missbildungen der Leber (Sur un cas de déformation du foie), par Franz RIEGEL. (*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, 11e *vol.*, 1re *partie*, *novembre* 1872.)

Ce fait est intéressant au point de vue clinique. On avait senti, pendant la vie, dans la fosse iliaque et le flanc droit, deux tumeurs volumineuses qui semblaient indépendantes du foie. On avait cru reconnaître que leur conformation s'était modifiée sous l'influence, d'abord du massage, puis d'un purgatif, et l'on en avait conclu qu'elles étaient de nature stercorale. L'autopsie montra qu'il n'y avait qu'une tumeur, divisée en plusieurs lobules, et rattachée par un pédicule grêle et allongé au foie dont elle offrait d'ailleurs l'aspect et la structure. Le foie était très-petit; on y voyait, ainsi que dans la tumeur, une quantité de productions gommeuses. Cette hépatite syphilitique a été, pour Riegel, la cause principale de la déformation; il admet cependant qu'une influence mécanique a dû en favoriser la production. H. HALLOPEAU.

Observation de bubon d'emblée chancrelleux, par M. D. MOLLIÈRE, chef de clinique chirurgicale. (*Lyon méd.*, *n*° 4, 1873, *p.* 226.)

Un jeune homme de 24 ans porte une adénite suppurée d'un ganglion inguinal, résultant, dit-il, d'un traumatisme. On ouvre l'abcès; la plaie

grandit, ses bords sont durs, taillés à pic; la suppuration est assez abondante, l'induration inflammatoire est peu marquée. Ces caractères suffisent à l'observateur pour qu'il déclare cette adénite chancreuse; il fait deux inoculations à la cuisse, qui donnent le cinquième et le sixième jour deux boutons, qu'il appelle chancreux, sans les décrire. Le malade ne porte absolument aucune trace de chancre; il s'est livré au coït cinq semaines avant l'apparition de l'adénite : il n'a vu aucune ulcération survenir à la suite, malgré des examens répétés. M. Mollière fait de cette adénite « un chancre mou, né d'emblée dans un ganglion lympathique sans lésion du gland, sans chancre préexistant, » et demande à le « décorer du nom de bubon d'emblée chancrelleux. » C'est pour la première fois que cette interprétation a été donnée à un fait semblable, et l'auteur a recherché dans la littérature des faits analogues; il en trouve deux dans Baumès : cependant, il y a de grandes différences entre ces cas et le sien.

Cette observation, présentée à la société médicale de Lyon, fut suivie d'une note de M. Diday, qui approuve absolument toutes les opinions de M. Mollière sur ce fait. Cependant, les membres de la société présentèrent immédiatement une série d'objections que nous allons rapporter : un chancre primitif a pu passer inaperçu; — le malade est resté cinq semaines en dehors de toute observation, entre le coït et la première apparition de l'adénite; — l'inoculation peut avoir trompé l'observateur; — M. Diday, qui n'admettait pas que le bubon d'emblée fût virulent, admet donc aujourd'hui cette possibilité, à l'occasion de ce seul fait, si discutable. A ces observations, nous en ajouterons une autre : cinq semaines après un coït qui n'a laissé aucune trace d'accident primitif, un homme se blesse à l'aine; il survient de suite une adénite suppurée, et parce que la plaie prend un caractère ulcéreux, parce que le pus inoculé donne lieu à deux boutons qu'on ne décrit pas, on diagnostique une forme non encore décrite d'accident syphilitique. Ce diagnostic laisse un doute bien grand dans notre esprit. J. CAZALIS.

Drei Fælle von Enteritis syphilitica (Trois cas d'entérite syphilitique), par OSER. Recherches de l'institut pathologique de Cracovie. (*Vienne*, 1872.)

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 51 ans, dont l'affection est caractérisée par une syphilide maculeuse. Dans l'intestin, depuis le jéjunum jusqu'à la valvule éléo-cœcale, l'on trouve de nombreuses tumeurs ulcérées allongées, répondant aux plaques de Peyer, dont le fond, d'un aspect tendineux, s'engage sous les bords qui sont épais, infiltrés et durs. Le péritoine, au niveau de ces ulcérations, est recouvert d'une légère fausse membrane, son tissu est un peu épaissi, très-injecté et recouvert de nombreux nodules gris blanc qui sont manifestement en rapport avec des vaisseaux lymphatiques.

Dans les deux autres, il s'agissait de nouveau-nés. On trouvait dans l'intestin de nombreuses petites ulcérations, dont les unes répondaient aux plaques de Peyer, les autres aux follicules isolés. Chez le premier enfant, l'on remarquait de plus un pemphigus et des gommes pulmonaires. Ici encore la séreuse était recouverte d'exsudats et en partie adhé-

rente. Dans le deuxième cas, l'estomac et tout l'intestin grêle étaient le siége de nombreux petits nodules blanchâtres, solidement unis à la tunique musculaire.

Dans les trois cas, le microscope montrait une prolifération très-abondante de petites cellules dans le tissu sous-muqueux, avec épaississement notable des parois des vaisseaux et de la trame conjonctive. Les lymphatiques péritoneaux étaient très-élargis et entourés de nombreux éléments jeunes. H. CH.

Vaccinal syphilis. Royal medical and chirurgical Society. HUTCHINSON (*Med. Times and Gaz.*, 1er *février* 1873.)

M. Hutchinson rapporte les faits suivants :

Un commerçant, âgé de 48 ans, se présenta à l'hôpital ophthalmique de Moorfields, atteint d'une iritis double. Sur tout le corps existait une roséole, et sur les amygdales on voyait des plaques muqueuses. Le malade affirmait n'avoir jamais contracté la syphilis, et un examen attentif des parties génitales ne fit découvrir aucune trace de chancre. Sur un bras, au lieu d'élection des piqûres vaccinales, on constatait l'existence de deux ulcérations, à bords indurés, chacune de la largeur d'une pièce d'un franc; un bubon indolent siégeait dans l'aisselle.

Trois mois auparavant le malade s'était fait revacciner. Tout avait d'abord marché régulièrement; puis, au moment où les piqûres semblaient sur le point de se guérir, elles s'étaient enflammées de nouveau et transformées en ulcères. Quinze jours après la roséole apparaissait, et à la fin du deuxième mois, l'iritis. Sous l'influence des préparations mercurielles, les accidents disparurent rapidement. Ce malade fut examiné par plusieurs médecins, et aucun d'eux n'émit le moindre doute sur la nature de l'affection.Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que douze personnes furent vaccinées en même temps que lui avec le même enfant; parmi elles, trois jeunes gens, les fils du malade. Aucun de ces jeunes gens ne fut contagionné. Les neuf autres personnes furent perdues de vue. Quant à l'enfant, au moment de la vaccination, il paraissait être dans un parfait état de santé. Mais plus tard, revu par Hutchinson, à l'âge de 8 mois, il présentait un signe caractéristique de syphilis constitutionnelle, l'écrasement du nez.

2e OBSERVATION. — Une dame, âgée de 45 ans, venue pour consulter M. Hutchinson à propos d'une affection accidentelle, fut reconnue atteinte de roséole et d'iritis. Interrogée à ce sujet, elle raconta que plusieurs mois auparavant elle s'était fait revacciner, ainsi que ses deux filles et plusieurs autres personnes; que la vaccine n'avait pas pris; que les piqûres s'étaient enflammées tardivement et avaient donné lieu à des cicatrices très-différentes de ce que sont ordinairement les cicatrices vaccinales. Deux mois après l'inoculation, une éruption de roséole s'était montrée, et les yeux étaient devenus malades. Toute l'économie avait présenté les traces d'une profonde altération. Quand cette femme fut soignée par Hutchinson, il existait encore dans l'œil gauche des points de synéchie et, ainsi que nous l'avons dit, des restes de roséole sur tout le corps.

Comme dans le cas précédent, toutes les personnes vaccinées en même temps que cette femme et avec le même enfant ne furent pas malades. Les filles du moins n'éprouvèrent aucune suite fâcheuse; les autres personnes furent perdues de vue. Quant à l'enfant, il était très-bien portant au momen

de l'opération et ce ne fut que plusieurs mois après, au moment de la dentition, qu'il eut autour de l'anus des condylômes syphilitiques pour lesquels il fut traité pendant plusieurs mois dans un dispensaire.

Au sujet de ces faits, l'auteur présente les observations suivantes. Les deux malades ne lui furent pas adressés comme syphilithiques : l'un venait pour les yeux, l'autre pour un petit polype du vagin ; et c'est lui, Hutchinson, qui découvrit chez eux la syphilis. Le fait que la syphilis ne fut pas communiquée à toutes les personnes vaccinées à l'aide d'un même enfant donne lieu de croire que le virus syphilitique n'existe pas dans la lymphe vaccinale, ou du moins n'y est pas également répandu. Il se peut donc que l'on vaccine quelquefois avec un enfant syphilitique sans donner la syphilis ; et, d'autre part, d'après les faits que nous venons de citer, la syphilis peut être transmise par la vaccination, qu'il y ait eu ou non des pustules vaccinales. Le virus syphilitique n'est pas contenu dans le virus vaccinal : il est mélangé aux éléments du sang et non aux globules rouges seulement. Pour transmettre la syphilis il suffit d'employer cette exsudation sanguine incolore qui se produit quand on laisse suinter longtemps une pustule vaccinale. Dans cette supposition le danger commence quand la première portion du liquide pustuleux est épuisée. — Quand la syphilis et la vaccine sont inoculées du même coup, que se passe-t-il ? Si l'individu est susceptible de vaccination, les pustules vaccinales subissent leur développement normal et se guérissent ; puis, à la fin du mois, les cicatrices s'indurent et les chancres se produisent. Quelquefois les piqûres ne se guérisent pas, et dans ce cas les croûtes vaccinales rendent le diagnostic du chancre très-obscur.

Le chancre vaccinal commence sous la forme d'un tubercule petit, rouge, dur, luisant ; il s'accroît graduellement en étendue et devient de plus en plus dur. En l'espace de quinze jours à peu près il s'altère, présente une base et des bords très-indurés et ne donne lieu qu'à un très-faible écoulement. S'il n'est pas traité par le mercure, il persiste pendant des mois, et dans un cas il devint phagédénique. Quelquefois une inflammation interne à la base, une sécrétion purulente abondante et la production de croûtes sur la plaie, masquent les caractères spécifiques du chancre. C'est ce qui arrive généralement chez les enfants. Hutchinson est d'avis que dès qu'il y a lieu de soupçonner une induration syphilitique, on doit administrer le traitement spécifique. Quant aux mesures préventives, il pense qu'il faut généraliser parmi les médecins l'idée que la syphilis vaccinale est un accident auquel on est souvent exposé. On devra donc éviter de vacciner avec des enfants dont on ne connaît pas les parents. On ne devra pas se servir d'enfants nouveau-nés sur lesquels les accidents ont pu ne s'être pas encore développés ; enfin, il ne faut pas se servir d'une lymphe teintée de sang ni des dernières gouttes fournies par une pustule ouverte depuis longtemps. J. DUBRISAY.

Two cases of syphilis, in one of which the primary lesion was seated on the internal surface of the eyelid, in the other on the cheek, by F.-R. STURGIS. (*The American Journal of the Med. Sciences*, 1873, *n°* 129, *p.* 102-106.)

Un enfant de 22 mois présenta un chancre induré à la face interne de la paupière inférieure de l'œil droit, près de l'angle externe. Sa nature ayant

été méconnue à l'origine, on n'examina pas les ganglions. Mais à la seizième semaine, survinrent des accidents fébriles suivis d'une éruption sur l'abdomen et la poitrine.

L'éruption gagna les autres parties du corps ; puis, lorsqu'elle commença à décroître, survinrent des syphilides sur la langue et à la face interne de la bouche. L'ulcère de la paupière subit une transformation qui lui donna les mêmes caractères. Il fut impossible de savoir comment l'inoculation s'était produite. L'examen des parents fut négatif.

Si le diagnostic avait pu être douteux, il eût été confirmé par ce fait qu'une sœur de l'enfant, âgée de six ans, malgré les recommandations d'éviter tout contact, et qui ne furent pas écoutées, contracta un chancre de la joue gauche, avec engorgement ganglionnaire, roséole, etc.

L'auteur fait suivre ses deux observations de remarques sur le diagnostic dans des cas semblables, et de tableaux statistiques du siége des chancres, empruntés à Fournier, Bryant, Pache, Aimé Martin, Buzenet, Bassereau, Clerc et Rollet; en tout 1,646 cas, dont 6 chancres des paupières et 3 seulement de la joue. CH. PÉRIER.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Atlas der Hautkrankheiten (Atlas des maladies de la peau). (*Hebra,* 8e livr. Vienne.)

Maladies des cheveux, moyens d'y remédier et d'en réparer la perte. F. Rochard. Paris.

Report on Cutaneous statistics, derived from Private Practice (Statistique des maladies de la peau avec quelques observations tirées de la pratique privée), par H.-Samuel Purdon. (*The Dublin Journal of med. sc.*, décembre 1872.)

Complément d'un mémoire analogue inséré dans le numéro d'octobre du même recueil.

Du sclérème des adultes, Dr Coliez. (*Thèse de Paris.*)

Eczema rubrum (Importance de son diagnostic), par E. Bassereau, d'après Hardy. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

Impetigo contagiosa (Sur un cas d'impétigo contagieux, avec quelques réflexions), par le Dr Smith. (*The Boston med. and surg. Journal*, january.)

Mentagre, par le Dr Bazin. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. VI. — G. Masson et P. Asselin, Paris.)

Du zona et de l'herpès produit par la névrite, par M. Bouchut. (Leçon recueillie par M. Labadie-Lagrave. (*Gazette des Hôpitaux*, nos 2 et 3.)

Notes of a case of vaccino syphilis (Cas de syphilis vaccinale), par J. Scott. (*Med. Press of London.*)

A second report on the communication of syphilis in the practice of vacci-

nation, par J. Hutchinson. Royal medical and chirurgical Society. (*Lancet*, 1er février.)

Einige statistische Daten uber Syphilis der Schwangeren mit Rucksicht auf Heridität und Behandlung (Quelques relevés statistiques relatifs à la syphilis des femmes enceintes considérée au point de vue de l'hérédité et du traitement), par le Dr Fanberg, de Warschau. (*Wiener mediz. Wochenschr*, nos 49 et 51, décembre 1872.)

La syphilis dans ses rapports avec le mariage, par le Dr Langlebert. A. Delahaye, Paris.

Die Eigenschaften des syphilitischen Virus, par MM. Boeck et Axel. Schal (Propriétés du virus syphilitique). (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872.)

Lostorfer's syphilitic Corpuscle (Résumé des recherches de Lostorfer, Wedl, Stricker, sur l'existence de corpuscules spéciaux dans le sang des syphilitiques), par Greenough. (*The Boston med. and surg. Journal*, décember 1872.)

Die Syphilis in Italien (Syphilis en Italie), professeur Sigmund. (*Archiv für dermatologie*, 1872.)

Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten und die Prostitutionsfrage in Bayern (Sur la propagation des affections vénériennes et la prostitution en Bavière), Dr Carl Majer, membre du bureau de statistique de Munich. (*Vierteljahrs. f. gericht med.*, no 1.)

Les affections vénériennes et leur prophylaxie générale à Bordeaux, par le Dr L. Lande. Paris.

Observation de chancrelle de la bouche, Dr Diday. (*Annales de dermatologie*, 1872-73, no 2.)

Das breite Condylom (La plaque muqueuse), Dr Vilhelm Petters. (*Archiv für Dermatologie*, 1872.)

Generalidades de las afecciones sifiliticos de la piel (Généralités sur les affections syphilitiques de la peau), par G.-P. Ortis. (*Genio méd. quirurgico de Madrid*, 1872.)

Case of hydroa, probable syphilitic nature of the hydroa eruption, par Hutchinson. London hospital. (*Brit. med. Journal*, 4 janv.)

Gommes inguinales syphilitiques, par Bourdon. (*Annales de dermatologie*, 1872-73, no 2.)

Sarcocèle syphilitique, Dr Puel. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Zur Lehre von der visceralen syphilis, Dr Th. Simon. (Sur la syphilis viscérale). (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872.)

Ueber Syphilis des Gehirn und Nervensystems (Syphilis du cerveau et du système nerveux), Dr Alrik Lyunggren. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872.)

Sequel on a case of syphilitic caries of skull, with abcess in the brain (Suite d'une observation de carie syphilitique du crâne avec abcès du cerveau), par M. Hutchinson. (*Lancet*, 14 déc. 1872.)

Syphilitic paralysis with marked local muscular wasting (Paralysie syphi-

litique avec atrophie musculaire locale), Dr Cholmeley. (*Brit. méd. Journ.*, 15 févr., t. I, p. 172.)

Observation d'un cas de diathèse purulente née sous l'influence de la syphilis, par L. Michel. (*Marseille méd.*)

Ein Syphilisfall von rapidem Verlaufe (Cas de syphilis rapide). (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872.)

PSYCHIATRIE ET ALCOOLISME.

ANALYSES.

1° Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe. Epilepsie. (*Arch. de phys. norm. et path.*, *mars* 1873).— **2° Troubles de l'intelligence et des sens dans l'alcoolisme.** (*Revue scientifique*, *n°* 36, 8 *mars* 1873). **Par M. MAGNAN.**

Le premier travail renferme : 1° des expériences comparatives sur l'action de l'alcool et de l'essence d'absinthe; 2° des expériences avec l'essence d'absinthe ayant pour objet de déterminer, pendant les crises convulsives, la part d'influence exercée par le cerveau, le bulbe ou la moelle, et l'état de la circulation cérébrale et rétinienne.

L'action immédiate de l'alcool donné à dose suffisante se traduit chez tout animal par l'ivresse. Lorsqu'on soumet le chien à l'usage prolongé de ce poison, il survient, vers le quinzième jour, de l'irritabilité, de l'impressionnabilité; dix jours après, des hallucinations nocturnes, des frayeurs, de l'insomnie, et plus tard du délire persistant même le jour. Les troubles de la motilité apparaissent dès le second mois : le tremblement, d'abord dans les pattes, gagne le tronc et la tête et augmente progressivement en durée, en étendue et en intensité. Jamais, dans les expériences avec l'alcool, il ne s'est produit d'attaque épileptique, tandis que celle-ci, est, en réalité, la principale manifestation de l'empoisonnement par l'absinthe. Le chien présente comme l'homme des troubles digestifs, beaucoup plus graves lorsque l'alcool est donné à jeun ; l'animal enfin succombe à la suite d'accidents ou de complications rappelant de tous points la pathologie humaine. Les lésions anatomiques de l'alcoolisme chez le chien se traduisent à des degrés divers par la

stéatose (foie, reins, cœur), et aussi la tendance aux irritations chroniques (méninges, moelle, péricarde.)

A faible dose, l'essence d'absinthe provoque des vertiges et des secousses convulsives dans la tête et les parties antérieures du corps ; à haute dose, elle détermine des attaques épileptiques et du délire. Dès le premier jour, l'essence d'absinthe produit le délire, tandis que l'alcool a besoin, pendant un certain temps, de préparer son terrain pour faire naître les hallucinations et le délire.

Les animaux privés de lobes cérébraux éprouvent, comme ceux qui n'ont subi aucune mutilation, des attaques épileptiques sous l'influence de l'essence d'absinthe ; d'autre part, après la section de la moelle au-dessous du bulbe, l'attaque épileptique complète se fait en deux temps. On voit d'abord se produire des convulsions toniques et cloniques de la tête avec écume aux lèvres (attaque bulbaire), puis des convulsions toniques et cloniques avec expulsion d'urine et de matières fécales (attaque spinale). Chaque région de la moelle concourt donc, pour sa part, à la production de l'ensemble des symptômes qui constitue l'attaque complète ; de plus, la perte de connaissance pendant l'attaque, et aussi l'existence du délire en dehors des attaques, montrent une intervention du cerveau simultanée à celle du bulbe et de la moelle, mais pouvant, en outre, se manifester dans quelques cas d'une façon indépendante. D'après ces faits, l'attaque complète dépendrait d'une cause générale et non point de l'action exclusive d'une portion limitée des centres nerveux.

Quand on examine à l'ophthalmoscope un animal empoisonné par l'essence d'absinthe, on constate la production d'une vive injection du fond de l'œil, dès le début de l'attaque, au premier stade (tétanique) ; en même temps, la pupille se dilate. L'association de ces deux phénomènes, congestion rétinienne et dilatation pupillaire, qui marchent toujours ensemble, se trouve en désaccord avec ce qui est signalé habituellement par les auteurs.

Si, après la trépanation du crâne, on injecte de l'essence d'absinthe dans la veine fémorale d'un chien, on voit que le premier stade de l'attaque absinthique, qui correspond, comme dans toute attaque franche d'épilepsie, à la roideur tétanique et à la perte de connaissance, s'accompagne instantanément de congestion intense de l'encéphale. Il n'y a point de succession entre ces deux ordres de phénomènes : il y a simultanéité; convulsion tonique et congestion cérébrale sont deux faits de même date, qui se produisent en même temps que la dilatation pupillaire, l'injection de la papille et du fond de l'œil, groupe de symptômes dont l'existence simultanée ne peut s'expliquer avec les théories de l'épilepsie adoptées jusqu'à présent, et qui tend à faire admettre une action directe agissant, à la fois, sur tout l'axe cérébro-spinal.

L'étude « sur les troubles de l'intelligence et des sens dans

l'alcoolisme » montre l'utile concours prêté à la clinique par l'expérimentation physiologique. Après avoir suivi chez le chien, dans des conditions nettement définies, la marche graduelle des troubles intellectuels, on saisit mieux sur l'homme la succession des phénomènes, et chez lui l'absinthe provoque également un délire prématuré. Des deux agents actifs de la liqueur d'absinthe, l'alcool et l'absinthe, ce dernier produit le délire et les hallucinations avant que l'alcool ait le temps d'exercer sur les centres nerveux une action suffisante pour amener le tremblement; de telle sorte que, grâce aux substances combinées avec l'alcool, on peut voir chez certains individus, après quelques excès de boissons, du délire sans tremblement.

Plus loin se trouvent développés les caractères généraux du délire alcoolique, et l'analyse des symptômes montre la valeur secondaire de ses diverses formes : maniaque, mélancolique, stupide, qui peuvent successivement se montrer chez le même sujet, et qui sont, en général, sous la dépendance de causes passagères.

Les troubles de l'intelligence sont examinés ensuite dans la période intermédiaire à l'alcoolisme aigu et à l'alcoolisme chronique, et finalement dans cette dernière phase de l'intoxication où l'individu s'achemine soit vers la démence, soit vers la paralysie générale, selon la prédominance dans les centres nerveux de la dégénérescence graisseuse (stéatose et athérome), ou des irritations chronique (sclérose insterstitielle diffuse). G. H.

De la paralysie générale par propagation. Étude des relations entre la paralysie générale d'une part, l'ataxie locomotrice, l'amaurose, les paralysies partielles et généralisées de l'autre; par le Dr A. FOVILLE. (*Ann. méd. psych., janv.* 1873.)

Deux ordres de faits très-distincts sont successivement étudiés : 1° des cas de paralysie générale avec ataxie et amaurose; 2° des cas de paralysie généralisée à la suite de la variole. L'auteur rappelle, de plus, une observation de paralysie générale consécutive à une angine diphtéritique et dans laquelle la relation de cause à effet est loin d'être démontrée.

Les premiers faits sont intéressants au point de vue clinique et s'ajoutent à ceux déjà connus de paralysie générale avec ataxie suivie ou non de paraplégie, avec ou sans amaurose. Malheureusement, les renseignements nécroscopiques sont trop incomplets pour qu'on puisse les mettre à profit. Dans l'observation I, qui, à ce point de vue, renferme le plus de détails, après avoir établi que « le malade R..., entièrement privé de l'usage de ses jambes, doit rester constamment couché; » et, plus loin, que, « pendant la première se-

maine de la vie, les membres inférieurs et supérieurs sont ratatinés dans un état de flexion complète, ce qui donne au corps l'apparence d'une boule, » M. Foville se borne à dire pour les lésions médullaires : « Quant à la moelle elle-même, elle a conservé ses formes et son volume ordinaires; mais, dans toute la partie inférieure, les cordons postérieurs sont altérés dans leur coloration et leur texture. Ils ont une coloration grisâtre, surtout marquée au niveau des colonnes de substance grise ; leur consistance est comme gélatineuse et colloïde. Ces altérations, très-marquées dans tout le renflement lombaire, s'arrêtent à deux ou trois centimètres au-dessus de lui (p. 18). » Il est probable qu'un examen anatomique plus minutieux eût montré une lésion des cordons latéraux ; toutes les fois, en effet, que, dans des cas analogues (paralysie générale avec ataxie suivie de paraplégie, paralysie générale avec paraplégie), l'examen de la moelle a été fait complétement, on a trouvé, avec la sclérose des cordons postérieurs, une sclérose plus ou moins étendue des cordons latéraux. Dans l'observation II, il est dit, à propos des troubles de la motilité vers la dernière période : « Lh... continue à marcher un peu en poussant son fauteuil devant lui et en le suivant à petits pas. A chaque pas, ses pieds commencent par frotter le sol, puis ils s'élèvent un peu et retombent pesamment sur le talon. » Dans le décubitus dorsal, le malade développe encore une grande force musculaire. Plus tard, « le malade peut maintenant à peine se lever, » c'est-à-dire que la paralysie vient s'ajouter à l'ataxie. L'autopsie montre, « d'une part, les lésions cérébrales de la démence paralytique, d'autre part, celles de la dégénérescense grise des cordons postérieurs de la moelle. » Tels sont les seuls détails sur les lésions anatomiques; et cependant les cordons latéraux de la moelle n'étaient certainement pas dépourvus d'altération.

Le mémoire contient encore deux cas analogues sans autopsie; deux cas de paralysie générale avec amaurose, et un cas avec strabisme et paralysie de la paupière du côté droit.

La seconde partie, n'ayant avec la première que des liens très-éloignés, renferme une observation utile à consulter de « variole grave chez un sujet débilité, avec ataxie générale du mouvement et obtusion intellectuelle consécutives. Guérison. » La terminaison favorable dans ce cas est d'autant plus remarquable, que des observations récentes ont révélé des lésions graves dans les centres nerveux à la suite de la variole, de la diphthérite, de la fièvre typhoïde. M. Vulpian, dans les *Archives de physiologie* (janvier 1873), et M. Lépine, dans la *Gazette médicale* (3 mars 1873), ont donné une analyse sommaire de ces faits. MAGNAN.

Anwendung des Aethylalcohol bei Geisteskranken (Emploi de l'alcool dans les maladies mentales), par Otto OBERMEIER. (*Archiv. für Psych. und Nervenkrank., IV Band, 1 Heft.*)

En se basant sur les manifestations extérieures les plus générales de la folie, on a de tout temps observé que les aliénés peuvent être divisés en deux classes : la première comprend les malades dont les idées se présentent en grand nombre et se succèdent d'une manière incohérente, dont les mouvements sont brusques, les hallucinations multiples, l'agitation incessante; la seconde classe se caractérise par la nature triste des conceptions délirantes, l'aspect étonné ou concentré du visage, la lenteur dans la marche ou l'immobilité du maintien, le ralentissement de toutes les fonctions organiques : excitation et dépression résument ces deux états différents, qui semblent exiger le plus ordinairement deux modes de traitement opposés; les calmants conviendraient dans un cas, et les excitants dans l'autre.

Un raisonnement aussi absolu peut conduire à des résultats nuisibles; de plus, il faudrait démontrer que l'agent expérimenté est de nature à produire l'effet recherché. Des données de cette nature, qui pour être anciennes n'établissent pourtant en aucune façon la connaissance exacte de la disposition cérébrale correspondant au délire, ces données ont conduit Obermeier à recommander l'usage de l'alcool dans les formes dépressives de l'aliénation mentale. Par ce moyen, il espère modifier la tenue des malades stupides, déterminer chez eux des mouvements spontanés, les forcer à exprimer leur délire, exciter leur appétit, stimuler le cœur, activer la circulation périphérique. Du reste, il aurait été entraîné dans cette voie par les travaux de Boudier, de Binz, d'Obernier, dont les opinions sont acceptées en Allemagne. Pour mieux préciser, l'alcool serait utile aux malades atteints de mélancolie avec stupeur, affection qui se traduit d'ordinaire par les phénomènes suivants : le facies est un peu triste, plutôt étonné que concentré; la tête inclinée sur le tronc, les membres pendants; durant des mois, une année, on n'aperçoit pas la moindre initiative chez ces aliénés, qui marchent quand on les pousse, mangent si l'on introduit les aliments dans leur bouche; le visage est pâle ou cyanosé, les mains tuméfiées, la respiration rare et superficielle, le pouls faible. Comme trop souvent on confond le délire mélancolique avec la stupeur, il n'était certainement pas inutile de bien marquer sur quelle variété mentale l'observation avait porté. Deux faits seulement, reproduits d'une façon très-complète, sont destinés à appuyer les considérations développées par l'auteur : ni l'un ni l'autre ne paraîtront très-probants. Le premier concerne un homme âgé de 33 ans, qui tombe dans la stupeur après avoir

eu du délire mélancolique : on lui prescrit de l'alcool, une certaine activité se manifeste, des idées tristes se révèlent de nouveau; il était en traitement depuis deux ans, quand il a été renvoyé comme incurable.

Dans le second cas, on voit un soldat de 26 ans, blessé durant la dernière guerre, atteint de mélancolie à la suite, puis plus tard de stupeur; on le soumet au traitement par l'alcool, peu à peu l'initiative reparaît, l'état physique s'améliore, les conceptions antérieures se reproduisent avec une intensité variable et une tendance à s'affaiblir, mais elles persistent encore au moment où l'observation s'arrête.

La stupeur, pour ces deux malades, suit sa marche ordinaire; après une durée variable, elle cesse, mais la mélancolie redevient apparente. Faut-il attribuer l'amélioration relative notée à l'action de l'alcool, ou plutôt au régime réparateur de l'hôpital? l'une et l'autre conclusion peuvent être admises. L'expérience physiologique démontre que l'alcool, introduit pendant longtemps, a une action plutôt déprimante qu'excitante : la prostration est d'autant plus grande que son ingestion a été plus fréquemment répétée. Sans vouloir parler des modifications que l'alcool apporte dans les tissus, l'observation clinique démontre que des spiritueux donnés à des convalescents développent facilement chez eux des accidents alcooliques aigus ou subaigus.

La préparation alcoolique usitée à la Charité de Berlin est un mélange de 30 0/0 d'esprit de vin purifié, additionné d'eau et d'un mélange aromatique.

En terminant, il nous paraît utile de rappeler que, pour le traitement de la stupeur, les médicaments reconstituants sont beaucoup plus utiles que les excitants. Et pour ne pas emprunter nos exemples à notre pays, on verra dans les *Archiv für Psychiatre* plusieurs travaux où l'action particulière de l'alcool sur le système nerveux est mentionnée dans le même sens.

BOUCHEREAU.

TRAVAUX A CONSULTER.

On the morbid effects of alcohol, par DICKINSON. *(Brit. med. journal, 4 janv. 1873.)*

L'auteur, dans cet article comme dans d'autres qui ont paru antérieurement dans ce journal, combat la tendance que l'on a à attribuer à l'alcool la production de la plus grande partie des maladies de Bright. Il a dépouillé des statistiques assez nombreuses d'autopsies pratiquées soit chez des alcooliques, soit chez des individus qui ne l'étaient point. Chez les premiers, il aurait pu constater que les lésions rénales sont loin d'être

les plus fréquentes; chez les autres, ces lésions se seraient montrées dans des proportions à peu près semblables. Les conditions climatériques, l'âge, la goutte, certaines intoxications seraient les causes plus fréquentes encore que les excès alcooliques de la production de la maladie de Bright.

A. G.

Epilepsie provoquée artificiellement chez le chien par le sulfate de quinine, par le Dr J. JAKOUBOWITSCH, de Saint-Pétersbourg. (*Meditzinsky Wiestnik*, 1873, nos 1, 2, 3, 4 *et* 5) (1).

L'injection de 5 à 15 grains de sulfate de quinine dans l'estomac de jeunes chiens, âgés de un mois et demi à quatre mois, provoque, au bout de 45 à 90 minutes, des attaques d'apoplexie.

Celles-ci arrivent un peu plus tôt, au bout de 30 à 45 minutes, quand on l'introduit sous la peau.

Les attaques sont en nombre variable, mais toutefois habituellement en rapport avec la dose injectée.

Dans l'attaque, l'animal tombe à terre, sur le côté, les pupilles se dilatent, la bouche est serrée avec du trismus ou bien reste largement ouverte, la langue se porte de tous côtés, les yeux se dévient en haut, les muscles des pattes et du tronc entrent en contraction, la respiration s'arrête. Après quelques secondes, arrivent les convulsions cloniques, la face est grimaçante, la bouche s'ouvre et se ferme convulsivement en s'accompagnant de claquement des dents, une écume baveuse se montre aux lèvres, les paupières sont tremblantes, la sensibilité est abolie, les matières fécales s'échappent involontairement. Après l'attaque : somnolence, ronflement et souvent délire ; dans ce cas, la physionomie devient gaie, l'animal montre les dents, aboie, crie, secoue la queue, remue les pieds comme pour courir. Les convulsions ont une courte durée et ne dépassent pas une minute.

Avec les attaques épileptiques, la quinine provoque des vomissements, de la gastrorrhée, du dégoût des aliments, de la faiblesse des membres postérieurs et quelques convulsions isolées dans le cou.

Ces derniers accidents avaient été observés depuis longtemps déjà, cliniquement et expérimentalement, par plusieurs auteurs qui ont signalé aussi chez les animaux des crises convulsives, mais sans insister sur leur nature. D'après la description donnée par M. J. Jakoubowitsch, ces crises présentent les caractères des attaques épileptiques et offrent de l'analogie avec les attaques produites par l'absinthe.

MAGNAN.

On the relations of the teeth and mouth to mental developement (Des relations des dents et de la bouche avec le développement intellectuel), par M. le Dr LANGDON-DOWN, médecin au London-Hospital. (*Transactions of the Odontological Society of Great Britain*, 1871. *new serie, vol. IV, p.* 7.)

Le but que se propose l'auteur dans son mémoire est d'établir quelles sont les conditions diverses de la bouche et des dents en rapport avec

(1) Nous devons la traduction de ce travail à M. Mierzejewsky.

les troubles de l'intelligence, dans l'épilepsie. L'éclampsie naît plus spécialement chez les idiots. Sous ce dernier point de vue, l'auteur distingue immédiatement l'idiotie congénitale de l'idiotie acquise. Dans ce dernier cas, la bouche et les dents ne présentent aucunes modifications sensibles. Dans le cas au contraire d'idiotie congénitale, on constate un grand nombre de troubles : l'épaississement des lèvres, surtout de l'inférieure, souvent couverte de fissures transversales ; leur défaut de tonicité et de mobilité qui entraîne une salivation constante. La muqueuse buccale est hyperémiée, fréquemment ulcérée; les glandes salivaires hypertrophiées; l'auteur leur attribue même une influence dans la production du bégaiement.

Les dents éprouvent des retards dans leur éruption; elles sont, en outre, difformes, petites, et présentent des dépressions multiples à la surface de la couronne, disposition que l'auteur compare à des rayons de miel; elles sont sujettes à se carier de bonne heure.

La physionomie des dents chez les idiots se rapprocherait ainsi de celle qui a été signalée par Hutchinson chez les enfants affectés de syphilis héréditaire. M. Langdon-Down ajoute à ces caractères l'état volumineux de la langue, l'asymétrie du palais, etc.

Les renseignements que nous trouvons dans ce mémoire, bien qu'assez exacts, ne sont pas nouveaux. Nous ferons même une remarque à cet égard, c'est que tous ces faits ont été présentés, depuis 1863, par un médecin français, le docteur Bourneville, dans un travail sur *l'État de la bouche chez les idiots*. Ils sont du reste parfaitement connus de tous nos aliénistes. E. MAGITOT.

Convulsions par alcoolisme chez un nouveau-né, par le Dr VERNAY, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Lyon méd., n° 24, 24 nov. 1872, p. 440.*)

Il s'agit d'un enfant né à huit mois ; d'abord allaité au biberon, au bout de quinze jours, il prend le sein; son accroissement à partir de ce moment était absolument insolite, et, au bout de deux mois, on vit survenir des accès d'éclampsie. Après avoir essayé bien des médications infructueuses, on s'aperçoit que la nourrice buvait une grande quantité de vin ; on purge l'enfant, on l'éloigne pendant six jours de la nourrice, et on restreint la quantité de vin accordée à celle-ci. Les convulsions n'ont plus reparu. J. C.

Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale (épendymite, encéphalite interstitielle diffuse périépendymaire), par MAGNAN et MIERZEJEWSKY. (*Archives de physiologie, 1873, janvier et mars.*)

Les auteurs, après avoir rappelé les lésions des méninges cérébrales et de la substance nerveuse sous-jacente, citent aussi quelques-unes des affections dans lesquelles on a signalé l'hypertrophie des parois ven-

triculaires avec production de papilles à leur surface. Brunner, en 1694, l'a rencontrée chez un hydrocéphale et chez une femme morte d'apoplexie. Rokitansky et Virchow en parlent également. Bayle remarqua la fréquence de ces granulations à la surface des ventricules chez les paralytiques, et Joire (*Gazette des hôpitaux*, 1861, 1864) voulut même faire de cette lésion la caractéristique de la paralysie générale.

C'est là l'analogue de ce qui se passe au pourtour de l'encéphale, de sorte qu'il y a dans la paralysie générale deux foyers d'irritation diffuse, à tendance envahissante, l'un du côté des couches corticales, et l'autre vers les ventricules.

Observation I. — En 1858, douleurs lancinantes aux jambes, puis au thorax et aux bras. En 1866, démarche ataxique; début de la paralysie générale. Au commencement de 1868, paralysie générale bien accusée; l'ataxie commence à être masquée par la paraplégie.—Autopsie: sclérose des cordons postérieurs de la moelle, sclérose diffuse des cordons latéraux plus marquée à la région lombaire; encéphalite interstitielle diffuse avec périépendymite ventriculaire très-développée.

Indépendamment des lésions des méninges cérébrales et de la substance grise sous-jacente, on note un certain degré de dilatation des ventricules qui sont remplis de sérosité. L'épendyme ventriculaire épaissi est recouvert de granulations nombreuses à la surface du quatrième ventricule, moins nombreuses sur les ventricules latéraux.— Ces papilles sont formées par des faisceaux de tissu conjonctif provenant de la couche réticulaire, propre de l'épendyme et du tissu interstitiel de la névroglie. Le tissu fibreux est serré à la périphérie de la papille, il est lâche au centre. Les petites granulations sont encore recouvertes d'épithélium ; lorsque le fibrome est plus volumineux, il y a des solutions de continuité dans la couche épithéliale.

Au niveau des points altérés et dans leur voisinage, les vaisseaux ont des parois épaissies.

Observation II.—Depuis huit ans, étourdissements, céphalalgie, engourdissement des membres, crampes dans les mollets, douleurs lancinantes; affaiblissement intellectuel. Il y a trois ans, embarras de la parole; depuis dix-huit mois, attaques épileptiformes et apoplectiformes. A l'entrée à l'asile, paralysie générale bien caractérisée avec faiblesse du côté droit. — Autopsie : périencéphalite, périépendymite, encéphalite interstitielle, chroniques diffuses.

Le quatrième ventricule est couvert dans sa moitié postérieure de granulations réunies les unes aux autres par des prolongements qui forment ainsi un réseau parsemé de nodosités. L'histologie de ces petites tumeurs est la même que dans le cas précédent. L'épithélium s'est épaissi en quelques points. L'aqueduc de Sylvius est le siége de la même lésion, qui oblitère presque le canal, au niveau de sa partie antérieure, par la réunion et le bourgeonnement de plusieurs papilles.

Chez sept autres paralytiques, outre les lésions des parties corticales, les auteurs ont trouvé les parois ventriculaires tapissées de granulations de volume et de nombre variable.

Elles occupent de préférence la partie postérieure du quatrième ventricule, et se présentent sous la forme de petites éminences arrondies, mamelonnées, gélatineuses, grisâtres, analogues à des grains de semoule. L'inflammation se propage dans le tissu nerveux sous-jacent qui participe ainsi à la formation de ces tumeurs. L'épithélium ne prend que peu de part en général à ces productions. Ces bourgeons peuvent se souder

d'un côté à l'autre d'un canal. On peut les rencontrer dans le canal central de la moelle.

Les vaisseaux au voisinage de ces lésions présentent des parois épaissies et entourées par une zone de prolifération nucléaire lorsqu'ils sont d'un certain volume.

En résumé, l'irritation chronique qui se fait à la périphérie de l'encéphale et dans les cavités ventriculaires démontre que la lésion de la paralysie générale est bien une encéphalite interstitielle diffuse généralisée. La lésion est plus marquée là où se trouvent plus de tissu cellulaire et plus de vaisseaux. A. JOFFROY.

Influence des maladies incidentes sur l'aliénation mentale, par le Dr Auguste-Marie LANGLOIS. (*Thèse de Paris,* 1872.)

L'auteur cite diverses observations tendant à prouver que des aliénés réputés incurables peuvent guérir sous l'influence, non de maladies chroniques, mais de maladies aiguës, telles que pneumonie, pleurésie, phthisie. Les deux premières observations sont particulièrement intéressantes. Il s'agit, dans l'une d'elles, d'une femme âgée de 24 ans, lypémaniaque et gâteuse depuis trois ans et qui a recouvré la raison dès le début d'une phthisie. Dans l'autre observation, un homme atteint de manie intermittente depuis douze ans a guéri complétement à la suite d'une pneumonie. (Nous avons appris qu'il avait été ensuite conservé en qualité de gardien d'aliénés et que, depuis près de trois ans, la guérison s'est maintenue). A. R.

Taches de l'arachnoïde observées dans un cas de paralysie générale et dans un cas de lypémanie, par M. V. HANOT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 47e *année,* 1872, 2e *série, tome XVII, page* 154.)

M. le docteur Voisin et M. Hanot ont examiné des taches d'une forme spéciale développées dans l'arachnoïde cérébrale, dans deux cas d'affections mentales différentes. Chez une femme atteinte de paralysie générale et morte à la dernière période de la maladie, ils trouvèrent, en dehors des lésions classiques de la méningo-encéphalite diffuse, la lésion suivante :

L'arachnoïde cérébrale était parsemée, au niveau des circonvolutions pariétales, d'une multitude de petites taches d'un blanc jaunâtre, de forme irrégulière, d'un volume ne dépassant pas celui d'une tête d'épingle, ne faisant aucune saillie à la surface libre des méninges; ce n'étaient pas des granulations, mais bien des taches. Les granulations de l'arachnoïde observées, et qui diffèrent de ces taches, par divers auteurs, dans la paralysie générale, constituent, selon le docteur Liouville, des granulations plastiques formées par l'hypergénèse des noyaux conjonctifs. Quand on examine ces taches au microscope, on voit que chacune d'elles, à un grossissement de 100 diamètres, est constituée par un vaisseau capillaire

énormément dilaté en ampoule, laquelle est comme farcie de granulations d'hématosine, de cristaux d'hématine et de quelques vésicules adipeuses; ces mêmes éléments se retrouvent dans la gaîne du vaisseau, qui ne paraît rompu en aucun point; à côté de l'ampoule serpentent des capillaires dilatés, sinueux, moniliformes, remplis de granulations d'hématosine et de cristaux d'hématine.

Ces taches congestives, qui sont le résultat de congestions répétées et qui diffèrent des granulations procédant d'un travail inflammatoire, se rencontrent donc dans les affections mentales, où la congestion prédomine. Cette lésion n'offre donc rien de pathognomonique.

HENRI HUCHARD.

Agoraphobia, par G. WEBBER. (*The Boston med. and surg. Journal, novembre* 1872. **Agoraphobia, par E. WILLIAMS.** (*Ibid., décembre* 1872.)

Webber a cru trouver, dans un fait observé par lui en 1868, les traits de l'affection décrite par Westphal. (Voir *Revue des sciences médicales*, n° 1 page 252). — Williams, discutant le cas de Webber, pense qu'il s'agit ici d'une lésion chronique du côté droit de l'encéphale (Congestion, ramollissement, sclérose ou production syphilitique). Du reste l'agoraphobie n'est pour Williams ni une maladie ni même un phénomène que l'on doive distinguer d'une façon spéciale, mais simplement un symptôme dont il est facile de se rendre compte : « Une personne atteinte de vertige, dit l'auteur, recherche naturellement des objets à sa portée pour y prendre un point d'appui : une personne sujette à de telles attaques n'ose donc plus sortir seule, et se sent en péril si elle n'a sous la main quelque chose qu'elle puisse saisir en cas de besoin ; aussi a-t-elle pour traverser une place la même sensation que d'autres ont au bord d'un précipice. Ajoutez à cela un état d'irritabilité nerveuse arrivant presque à la démence. Telle est l'agoraphobie. »

A. S.

Hématome traumatique du pavillon de l'oreille, par le Dr MAGNAN. (*Gazette médicale*, 21 *décembre* 1872. — *Société de Biologie*, 7 *octobre* 1871.)

L'auteur a pu constater les traces non équivoques d'un traumatisme dans *toutes* ses autopsies.

A. J.

---

es dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente, par M. F. ROQUE. (*Mouv. méd., n°* 24, *déc.* 1872, *p.* 251, *et n°* 26, *p.* 278.)

Voici les conclusions de ce travail : « Des faits que j'ai observés, je crois pouvoir conclure que l'intoxication saturnine lente, chez le père ou chez la mère, non-seulement provoque des fausses couches, amène une grande mortalité des enfants, surtout dans les premières semaines de la

vie (*C. Paul*), mais encore peut déterminer chez les enfants des convulsions, l'idiotie, l'imbécillité, l'épilepsie. J. C.

Cas très-rare de délire des persécutions. Les deux sœurs. Observation de M. LEGRAND DU SAULLE. (*Gazette des hôpitaux*, 7 *décembre* 1872.)

L'observation consignée dans la *Gazette des hôpitaux* est relative à deux sœurs vivant continuellement ensemble, l'aînée âgée de 33 ans, l'autre, de 26 ans. — Toutes deux ont le même délire de persécution.

On fait observer à ce propos que l'auteur, dans son traité du *Délire des persécutions* (1871) a rapporté quelques exemples d'idées de persécution communiquées, ou de délire, à deux et à trois personnes. — Il y a alors le persécuté actif qui est le premier malade et qui est en général incurable; et le persécuté passif, intelligence faible, qui guérit rapidement dès qu'il est complétement séparé du premier. A. J.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

De l'alcool en général : effets physiologiques et thérapeutiques, hygiène, médecine légale, etc., par le Dr Louis DE RIDDET (de Waereghom). (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct. 1872, p. 605.)

Contribution à l'étude de l'alcoolisme, par le Dr G. MARTY. (*Thèse de Paris*. 1872.)

Deux observations de délirium tremens traité et guéri par l'hydrate de chloral. (*Soc. méd. de Reims, bull.* n° 9, p. 34.)

De la loi sur les aliénés et des réformes à y apporter, par le Dr SEMAL, Bruxelles 1872, — et discussion de la Société belge de médecine mentale. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janv.)

Lunacy legislation in New-Zealand, par le Dr LAUDER LINDSAY. (*Journ. of mental science*, janv.)

Die Irrenanstalten der Schweiz (Des hospices d'aliénés en Suisse), ERLENMEYER. (*Corresp. Blatt der deutsch. Gesellschaft f. psych. und gericht. Psychol.* 1872, sept. et oct.— en extraits dans *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 3.)

Du Tarentisme du XIVe au XVIIe siècle, par G. TESTEVIN. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Prelezione al secondo corso clinico delle malattie mentali relativo alle congenite disarmonie ed eccentricita dello spirite (Introduction au deuxième

cours clinique des maladies mentales : sur les anomalies congénitales et l'excentricité de l'esprit, par G. GIROLAMI. — Rome.

On blood-relationship (Sur la consanguinité), by Francis GALTON F. R. S. (*In proceedings of the royal Society*, vol. XX, n° 136, juin 1872.)

De l'influence des difformités du crâne, par le Dr F. K. STAHL. (*Irrenfreund*, janv.)

Idiotie, impotence, symptômes de méningite cérébro-spinale à forme lente mort, par M. RENDU. (*Bull. de la Soc. anat.*, année 1872, 2e série, tom. XVII, p. 121.)

Sur le cœur chez les idiots, par le Dr HAGEN. (*Psychiatrisches Centralblatt*, nov. 21, 1872.)

De l'influence de la menstruation sur le système nerveux, par H. TAGNET. (*Thèse de Paris*, déc. 1872.)

On the treatment of melancholia attonita, with refusal of food, by the continuous current (Traitement de la mélancolie), par WILLIAMS. (*Lancet*, 18 janv.)

Du délire dans les maladies aiguës ; fréquence, pathogénie et valeur pronostique de ce symptôme dans quelques maladies aiguës du poumon, par le Dr J. MORER. (*Thèse de Paris*, 1872.)

La variole et l'aliénation mentale pendant la guerre, par le Dr LAGARDELLE. (*Moulins*, imp. Desrosiers.)

Des rapports de la variole et de l'aliénation, par le Dr BERTI. (*Giornale Veneto delle scienze mediche*, vol. XVIII, n° 3, janv.)

Hallucinations, lypémanie, suite de dyspepsie, par POTAIN et MALASSEZ. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, fév.)

The effect of fear on a boy (Effet de la peur sur un enfant), par le Dr William MAC EWEN. (*The Glasgow medical Journal*, nov. 1872.)

The early symptomes and treatment of insanity (Sur le début de la folie, symptômes et traitement), par W. GODDING. (*The Boston med. and. surg. Journal*, january.)

L'ateromasia delle arterie cerebrali nelle malattie mentali. (De l'athérome des artères cérébrales dans les maladies mentales). (*Bull. delle scienze medic. Bologne*, 1872.)

On larceny, as committed by patients in the earlier stages of general paralysis (Des vols commis au début de la paralysie générale), par le Dr WILKIE BURMAN. (*Journ. of mental science*, janv.)

Paralysie générale. — Périnévrite et névrite des nerfs moteurs oculaires communs. — Atrophie des nerfs moteurs oculaires communs et du moteur oculaire externe du côté droit. Nystagmus, par M. HANOT. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, p. 174.)

The ophthalmoscope in general paralysis (Emploi de l'ophthalmoscope

dans la paralysie générale), par le Dr ALDRIDGE. (*West Riding Reports*, t. II, 1872.)

Aliénation mentale et bromure de potassium, par le Dr LUTON, de Reims. (*Soc. méd. de Reims*, bull. n° 8, p. 67). Observation de monomanie accompagnée d'insomnie, guérie par l'emploi du bromure de potassium.

The shower bath in insanity (De la douche en pluie dans la folie), par le Dr J. A. CAMPBELL. (*Journal of mental science*, janv.)

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

ANALYSES.

Apoplecktisch-suffocatorischer Tod mit Aspiration von Speisebrei. Druckmarke am Halse, veranlasst durch das den Hals des Sterbenden eng umfassende Vorhemdchen (Observation de mort par apoplexie et suffocation, avec aspiration d'aliments. Marques de pression sur le cou dues à une chemisette très-étroitement serrée), docteur BEHREND. (*Vierteljahrs f. gericht Med*, *Janvier* 1873, *p.* 46.)

Un valet de ferme qui avait copieusement déjeuné, n'ayant pas reparu au moment où il devait se rendre à l'ouvrage, deux heures après son repas, est trouvé mort au fond d'une écurie, dans laquelle il avait coutume d'aller se reposer après midi. Son cadavre roide, était étendu sur le pavé auprès d'une botte de paille : on le transporta dans son lit et on le déshabilla. Des doutes s'étant élevés pour savoir si cet homme avait succombé à un genre de mort naturelle, son corps fut soumis à l'examen de gens de l'art : Cet examen ayant relevé la présence de traces de corde sur le coup, entraîna, en conséquence, une autopsie judiciaire qui fut faite le surlendemain de la mort.

A. Examen extérieur du cadavre : homme d'environ 25 ans, taille de 5 pieds 1 pouce, fortement musclé ; extrémités rigides, fléchies dans leurs articulations : pâleur des téguments des membres et de la poitrine; peau du dos rouge et présentant de nombreuses sugillations cadavériques très-étendues; coloration déjà verdâtre des téguments abdominaux : yeux clos, cornées un peu troubles et enfoncées, pupilles médiocrement et également dilatées; oreilles d'un bleu foncé, surtout la gauche, leur épiderme est rugueux ; au niveau des arcades zygomatiques, principalement sur la joue gauche, se voient des îlots irréguliers, d'un rouge livide, qui paraissent dus à une congélation précoce. Quand on retourne la tête, il sort du sang par la narine gauche; la bouche est fermée, la langue immédiatement appliquée contre les dents qui sont au grand complet; dans l'arrière-bouche, on aperçoit une bouillie alimentaire renfermant plusieurs gros morceaux de

pommes de terre; l'épiglotte redressée est couverte sur ses deux faces de détritus d'aliments; sur les faces antérieure et latérales du cou, on voit une marque de pression, qui, commençant immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde, se dirige d'abord des deux côtés horizontalement en dehors, puis décrit une légère courbe en haut pour atteindre l'angle des mâchoires, et vient se terminer à deux pouces au-dessous des oreilles. Cette marque est tout à fait plane, lisse, d'environ 1/2 pouce de largeur en moyenne, légèrement rougeâtre sur le devant du cou, blanche à gauche, bleuâtre à droite. En l'incisant, elle a la consistance du cuir, mais on ne trouve à son niveau aucun épanchement sanguin. — La poitrine est fortement bombée; le ventre tuméfié et dur; matières fécales au pourtour et à l'intérieur de l'orifice anal qui est entr'ouvert.

Au niveau du meat urinaire, liquide un peu visqueux ressemblant au sperme. — Pas d'autre trace de blessures que les marques du cou.

B. Ouverture du rorps : Cuir chevelu renfermant beaucoup de sang, ainsi que les os de la voûte du crâne dont l'épaisseur est considérable. Dure-mère d'un rouge bleu intense : il s'écoule des sinus longitudinaux une très-grande quantité de liquide sanguin noirâtre. Injection très-vive des autres méninges : la surface du cerveau est partout d'un rouge vif. Tout l'encéphale est très-congestionné; après extraction du cerveau, il s'écoule de la base du crâne et du canal vertébral du sang noir en abondance : les sinus crâniens en sont aussi gorgés; larynx et trachée intacts et remplis par une bouillie alimentaire pareille à celle de la bouche; l'œsophage en contient aussi beaucoup. — Les poumons, qui ne remplissent pas complétement la cavité thoracique, sont partout reliés aux parois par de solides adhérences : à l'extérieur, ils sont marbrés en avant, d'un rouge bleuâtre foncé à leurs faces postérieure et inférieure : très-nettement crépitants partout, ils renferment du sang en abondance et une écume sanguinolente : le tissu pulmonaire est d'ailleurs normal. La bronche droite et ses divisions dans le lobe supérieur sont pleines de détritus d'aliments. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde; ecchymoses punctiformes à la surface externe du cœur qui a ses dimensions normales, un peu d'épaississement des parois ventriculaires qui contiennent un peu de sang liquide ; les orifices et les valvules sont parfaitement sains; rien à signaler du côté des artères coronaires : les gros tissus artériels sont vides. Les intestins sont météorisés et renferment des matières; le foie est couleur muscade, mais normal d'ailleurs, et n'est pas congestionné; rate ardoisée, ratatinée. L'estomac contient beaucoup d'aliments : les reins ne contiennent qu'un peu plus de sang; les gros vaisseaux de l'abdomen ne représentent rien de particulier. Les autres viscères sont normaux.

Voici maintenant de quelle façon l'auteur explique le mécanisme de la mort, en écartant tout d'abord l'idée d'une mort violente par suspension ou par étranglement. Après avoir mangé beaucoup, l'homme en question est allé se coucher, la tête basse et le cou étroitement serré par ses vêtements; l'état de réplétion considérable du canal digestif uni à la constriction du cou par la chemisette, qui empêchait le retour du sang, a produit une stase dans la cavité crânienne; celle-ci, à son tour, en comprimant le cerveau, a déterminé des vomissements; enfin l'aspiration des matières vomies a entraîné la suffocation, et le tableau de l'apoplexie s'est trouvé ainsi complété.

La chemisette lacée étroitement a produit seule, pendant et après la mort, les marques relevées sur le cou, ce dont on a pu s'assurer

par l'adaptation de ce vêtement au cadavre. C'était une camisole en drap, munie d'un petit ruban d'un demi-pouce de largeur qui venait se fixer sur la nuque à l'aide d'un bouton. Quand on en eut revêtu le mort, on vit que ce ruban s'appliquait exactement sur la marque circulaire et serrait très-énergiquement le cou tuméfié. J. B.

Contribution à la toxicologie des corps du groupe benzinique, de la nitroglycérine, des acides azotique et sulfurique, par STARKOW, de St-Pétersbourg. (*Journal de médecine de Belgique, tome* XXXV, *page* 329, *octobre* 1872.)

La substitution de l'hydrogène dans les hydrogènes carbonés par le radical AzO^2 modifie les caractères primitifs de leur action, et augmente leurs propriétés toxiques, pourvu qu'ils soient suffisamment solubles ; en même temps les produits nitreux font éprouver au sang une modification nouvelle n'appartenant pas aux hydrogènes carbonés ni aux produits chlorés, et essentiellement différente de ces derniers. Ainsi chez les animaux empoisonnés par la binitro-benzine le sang montre sans exception, outre les deux raies de l'oxyhémoglobine, une raie d'absorption sur la limite de la partie rouge et orange du spectre, correspondant à la ligne C de Fraunhofer. La même raie s'obtient en ajoutant de la binitro-benzine à du sang tiré de la veine. Les corps restituants, tels que le sulfure d'ammonium ou une solution ammoniacale tartrate ferrique, portent cette raie un peu vers la droite ; l'ammoniaque la fait disparaître et ne laisse subsister que les deux raies de l'oxyhémoglobine, et en même temps la solution prend une couleur rouge noir éclatante et devient plus transparente.

Avec la nitrobenzine, la nitroaniline, la nitronaphtaline, dans lesquels un seul H est remplacé par le radical AzO^2, la même raie se montre encore, mais moins marquée qu'avec la binitrobenzine.

La chlorobenzine et la benzine sont de beaucoup dépassées par le nitrobenzine en l'intensité de leur action. Dans le spectre on ne voit que les deux raies de l'oxyémoglobine, mais quand on les mélange avec du sang hors de l'organisme, il se sépare bientôt des cristaux d'hémoglobine. Cet effet est surtout marqué avec la chlorobenzine, et ce corps peut remplacer l'éther pour obtenir les cristaux du sang. La nitrobenzine et le binitrobenzine ne font que rapetisser les globules.

L'aniline produit sur le sang des effets pareils à ceux de l'ammoniaque et de l'hydrogène phosphoré PH^3 ; elle détruit l'hémoglobine sans rétablir ou provoquer la raie de l'hématine.

Le sulfate d'aniline fait apparaître la raie d'hématine acide.

L'action de la nitroglycérine est analogue à celle de la nitrobenzine. Leur propriété toxique est presque la même, cependant celle de la dernière l'emporte malgré sa faible solubilité.

Les acides azotique et sulfurique exercent sur le sang une partie de l'action des corps nitreux. A l'analyse spectrale, le sang des animaux empoisonnés par eux laisse voir la raie de l'hématine acide, ce que ne produisent pas les acides chlorhydrique, phosphorique, etc.

Il résulte donc que le pouvoir toxique de quelques combinaisons nitreuses organiques possède des propriétés nouvelles résultant de la substitution du radical de l'acide azotique à l'hydrogène du corps primitif.

E. HARDY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ausgedehnte Atelektase beider Lungen bei einem neugeborenen Kinde, das mehrere Stunden nach der Geburt gelebt hat (État fœtal des deux poumons d'un, enfant nouveau-né qui a vécu plusieurs heures), par le Dr PINCUS. (*Vierteljahrsschrift für gericht. med. und œffentl. San., janvier* 1873, *p.* 9.)

Observation à rapprocher des faits intéressants contenus dans le mémoire de M. Budin à la Socéité de médecine légale (séance du 6 mai 1872), — reproduit dans le *Mouvement médical* des 13 et 20 juillet 1872), et qui signale des cas où la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. J. B.

Sur les propriétés toxiques des sels de calcium, par MM. RABUTEAU et DUCOUDRAY. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 10 *février* 1873.)

M. Rabuteau avait précédemment posé cette loi, que les métaux sont d'autant plus toxiques, que leur poids atomique est plus élevé : le calcium ayant un poids atomique égal à 40, et le poids atomique du potassium étant de 39, il était donc probable que les combinaisons solubles de calcium devaient agir à peu près avec la même intensité que celles du potassium. L'expérience a montré qu'il en est en effet ainsi. 1 gr. 50 de chlorure de calcium injecté dans les veines d'un chien tue cet animal par arrêt du cœur. Si l'on opère avec le chlorure de potassium, on observe les mêmes effets, lorsqu'on injecte des quantités de ce sel contenant des poids de potassium égaux aux poids de calcium contenus dans le chlorure de ce dernier métal. Ainsi 1 gr. de chlorure de potassium injecté dans les reins, chez un chien, tue cet animal en arrêtant le cœur. Or, la formule du chlorure de potassium étant KCl, et celle du chlorure de calcium $CaCl^2$, il en résulte que 1 gr. de chlorure de potassium contient

autant de métal que 1 gr. 476 de chlorure de calcium contient de calcium.

La mort est produite, dans les deux cas, par arrêt du cœur, que l'on trouve, sur l'animal rapidement ouvert, complétement au repos, dans la diastole. Ce résultat tient à ce que les sels de calcium, de même que les sels de potassium et de tous les métaux employés à doses suffisantes, excepté ceux de sodium et de lithium, sont des poisons musculaires.

M. D.

Bydrage tot de Leer der acute Phosphorvergiftiging (Contribution à l'histoire de l'empoisonnement aigu par le phosphore), par G.-H. RŒSSINGH. (*Thèse inaug., Groningen,* 1872.)

Contrairement aux résultats obtenus par Munck et Leyden, l'auteur a, dans la plupart des cas, trouvé la région pylorique de l'estomac indemne de toute lésion caractéristique, tandis que le grand cul-de-sac était toujours altéré. Ces altérations consistaient surtout en un certain degré de ramollissement et de friabilité de la muqueuse, toujours notablement gonflée; de place en place, l'on trouvait quelques ecchymoses d'étendue variable, tant dans l'épaisseur de la muqueuse elle-même, que dans le tissu sous-muqueux.

La théorie de Munck et Leyden expliquait dans ces cas la production de l'ictère, par l'extension aux conduits biliaires des lésions du duodenum. Rœssing combat cette manière de voir. En effet, dans 17 cas sur 18, chez le lapin, il a trouvé le *duodenum* complétement sain et son contenu teint par la bile, quoiqu'il ait pris la précaution de ne pas nourrir les animaux en expérience avec de l'herbe verte. Chez un lapin et un chien auxquels il avait administré le phosphore par le rectum, et par la méthode sous-cutanée, il trouva quelques ecchymoses dans le duodenum, mais ce furent précisément ces deux animaux qui ne présentèrent pas dans leur urine de matière biliaire.

Il regarde donc jusqu'ici comme impossible d'expliquer l'origine de l'ictère; bien plus, il soutient que lui-même, pas plus que les autres observateurs, n'a produit un véritable ictère ; lequel, dit-il encore, la présence de la matière colorante de la bile dans l'urine, même celle des acides biliaires, ne suffit point à établir.

Comme tous les expérimentateurs, il a trouvé le foie gras; mais il refuse, du moins chez le lapin, une grande signification à cet état du foie. Les muscles striés étaient également gras. Le cœur était graisseux, surtout à droite, il en était de même des poumons. L'urine n'a jamais contenu de sang. Les reins étaient congestionnés, surtout la substance médullaire, l'épithélium des tubulis presque toujours intact.

Dans le chapitre consacré au traitement, l'auteur compare l'action des sels de cuivre à celle de l'essence de térébenthine ; il refuse toute valeur aux expériences de Bamberger, parce que ce dernier n'eut pas soin de comparer des animaux de même poids. Pour lui, il conclut que l'action de la térébenthine est meilleure que celle des sels de cuivre (sulfate et carbonate). Par la térébenthine, la température reste au-dessous de 40°; par les sels de cuivre, elle dépasse toujours ce chiffre. H. CHOUPPE.

Toxikologische Studien über das Hydrocotarnin, von Dr F. A. FALK. (*Vierteljahrsschrift f. gericht. Med., janvier* 1873, *p.* 49.)

L'auteur a fait avec cet alcaloïde de l'opium deux séries d'expériences, les unes sur des lapins, les autres sur des grenouilles. Il employait du chlorhydrate d'hydrocotarnine en injections sous-cutanées.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Pour tuer un lapin, il faut deux décigrammes de ce sel par kilo du poids de l'animal. Ce nouvel alcaloïde vient donc comme activité au 3e rang, après la thébaine et la codéine, mais avant la morphine.

La lésion cadavérique trouvée le plus constamment chez les lapins ainsi empoisonnés est la coloration rouge sombre écarlate du sang contenu dans le ventricule gauche. Mais on sait que cette transformation du sang artériel en sang veineux se retrouve dans bon nombre d'intoxications.

De même que pour la codéine, on peut distinguer deux formes symptomatologiques dans l'empoisonnement par l'hydrocotarnine : une forme tétanique et une forme narcotique. Mais, dans les deux cas, le début se fait par de la gêne respiratoire et de l'agitation ; et il y a toujours un stade final identique qui est de l'adynamie : dans la forme tétanique, il y a élévation de température, tandis que, dans la forme narcotique, la température s'abaisse.

Pour empoisonner une grenouille, il faut une dose dix fois plus considérable, deux grammes ou deux grammes et demi d'hydrocotarnine par kilogramme de grenouille. Les phénomènes d'intoxication sont les mêmes que chez les lapins : tétanos, mort apparente, puis enfin mort réelle. Durant la mort apparente, le cœur est le seul organe encore actif.

J. B.

De la nicotine comme contre-poison de la strychnine, par le Dr A. BLATIN, de Clermont-Ferrand. (*Un. méd.*, 28 *déc.*, 1872, *n*° 153, *p.* 973.)

L'auteur n'admet pas que la nicotine puisse être efficace dans les cas d'empoisonnement par les strychnées ; mais il préconise dans ces circonstances l'extrait de fève de Calabar, avec lequel on a obtenu quelques bons résultats dans le tétanos. J. C.

Divers cas d'empoisonnement.

Poisoning by sulphuric acid, par M. BOUD, medical society of London. (*The Lancet*, 7 *décembre* 1872.)

Observation d'une femme âgée de 31 ans qui s'empoisonna avec cet acide et fut amenée à l'hôpital vomissant abondamment. Le traitement consista à favoriser ces vomissements pour débarrasser l'estomac. Au bout de 15 jours, elle était remise ; mais alors elle se plaignit de vives douleurs au moment de

la déglutition. On constata chez elle une tuméfaction de la région cervicale s'étendant du cartilage cricoïde jusqu'à deux pouces au-dessous du commencement de la trachée; cette tuméfaction se déplaçait en suivant les mouvements de déglutition. Après avoir essayé en vain de passer avec la sonde œsophagienne, on força le passage avec une sonde rigide et on introduisit des aliments dans l'estomac. La tuméfaction disparut; malgré cela, la malade s'affaiblit et mourut 7 semaines après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Cicatrices de brûlure dans la bouche et la gorge; l'œsophage ne présentait plus de rétrécissement et n'était recouvert d'aucune exsudation, mais la membrane muqueuse avait disparu. La muqueuse stomacale était noire et détachée en partie à l'extrémité cardiaque de l'œsophage; au-dessous de la muqueuse il y avait une couche d'exsudation fibrineuse épaisse d'un quart de pouce.

M. Boud tire de cette observation les conclusions suivantes : 1° on peut dilater assez impunément un œsophage rétréci; 2° le rétrécissement passager de ce conduit était dû probablement à des excudations analogues à celles que l'on a trouvées dans l'estomac; 3° l'opération de la gastrotomie à laquelle on avait songé un moment eût été inefficace en raison de la lésion stomacale. A. G.

Report of fifteen cases of arsenical poisoning, with nausual symptoms (Récit de quinze cas d'empoisonnement par l'arsenic, avec symptômes insolites), par MORLEY. (*Brit. med. Journ.*, 25 *janvier* 1873.)

Tous se plaignaient de faiblesse, malaise épigastrique et douleurs dorsales assez intenses. Une fille âgée de 14 ans devint aveugle, aphone, et tomba dans une véritable syncope: le tout disparut par l'application de la chaleur aux extrémités. Un enfant de 3 ans tomba dans le collapsus et fut rétabli par le même procédé. Dans un cas il y eut rejet de sang par les vomissements. Tous eurent les conjonctives assez vivement injectées. Le lendemain cette injection disparut et fit place à une teinte jaunâtre, limitée seulement à la conjonctive; quelques-uns eurent plus tard de la faiblesse musculaire et des troubles de la vue, les empêchant de lire ou travailler et caractérisés, quand les yeux étaient à l'abri de la lumière, par l'apparition de phosphènes continuels. Tous guérirent au bout d'un temps plus ou moins long. A. G.

Poisoning by carbolic acid (Empoisonnement par l'acide phénique), par FERRIER. (*Brit. med. Journ.*, 15 *février* 1873.)

Enfant âgé de sept ans, qu'on trouva mort dans son lit; cet enfant, après avoir bu dans une cruche contenant cette substance, tomba avant d'arriver à son lit, sa respiration devint stertoreuse, il présenta une résolution des muscles complète, ainsi que de l'anesthésie. Le pouls était misérable et fréquent, 160 p. La température était très-abaissée, les pupilles contractées et la bouche remplie d'écume. La mort vint au bout de 7 heures. L'administration d'un vomitif avait été absolument stérile.

A l'autopsie, on trouva tous les organes très-hypérémiés et exhalant, sauf

le cerveau, une forte odeur d'acide phénique que l'on retrouve facilement à l'aide de divers réactifs, ainsi que dans l'urine que contenait la vessie

A. G.

Poisoning by hydrofluoric acid, par KING, Société pathologique. (*Lancet*, 8 *février* 1873.)

Après avoir bu une demi-once de ce liquide, le sujet fut transporté dans l'état suivant : nausées, vomissements, sueurs froides et visqueuses sur tout le corps, petitesse du pouls, contraction des pupilles. La mort vint 35 minutes après l'empoisonnement.

On trouva les méninges congestionnées, ainsi que les poumons et la muqueuse trachéale et bronchique. Le sang avait une réaction acide. La muqueuse buccale était blanche, et dépouillée de son épithélium ainsi que l'épiglotte et l'œsophage. L'estomac contenait un liquide noirâtre et des parties de la muqueuse étaient noires. La mort pour l'auteur sembla être la suite de l'occlusion de la glotte par des lambeaux de muqueuse.

Il est plus probable que la muqueuse laryngée était gonflée outre mesure, et qu'alors l'asphyxie tua le malade promptement, ce que paraîtraient démontrer les congestions des méninges et des deux poumons.

A. GOUGUENHEIM.

Ein Fall von chronischer Vergiftung mit Zinkoxyddämpfen. Dr LEO POPOFF, clinique du profr. BOTKIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 5.)

C'est un homme de trente-six ans, ouvrier fondeur en bronze depuis douze ans, et vivant, par conséquent, dans une atmosphère épaisse de vapeurs d'oxyde de zinc. Il eut d'abord du pyrosis, des éructations gazeuses; — puis, chaque jour, une fois rentré chez lui, il s'aperçut qu'il avait sur les lèvres une efflorescence blanchâtre, due à un dépôt d'oxyde de zinc, — en même temps il ressentait dans la bouche un goût métallique très-prononcé. L'hiver, où l'on ne pouvait tenir ouvertes les portes des ateliers, les accidents augmentaient d'intensité, il avait souvent de violentes attaques cholériformes (céphalalgie pongitive, frisson très-fort, crampes des extrémités et des mollets surtout; nausées, vomissements, flux de ventre considérables). — Au moment où il entra à la Clinique du professeur Botkin, les vomissements étaient devenus presque continus, revenant régulièrement trois ou quatre heures après le repas, il avait toujours du pyrosis et des éructations acides, accusait une douleur sourde à l'épigastre et à droite de l'ombilic; une faiblesse générale plus marquée du côté droit, une constipation habituelle se prolongeant pendant 6, 8 et 10 jours. Son sommeil était mauvais, et souvent troublé par une céphalalgie violente et des crampes douloureuses dans les mollets. — Sensibilité très-vive au front. Appétit peu développé, capricieux, parfois même inappétence complète. Pâleur des muqueuses; les téguments gris sale, ont perdu de leur élasticité; disparition du tissu cellulaire sous-cutané et atrophie du système musculaire beaucoup plus marquée à droite, à la face aussi bien qu'aux membres. Diminution de la sensibilité au contact; en revanche les chatouillements sont plus vivement ressentis qu'à l'état normal. Température du matin 36°, du soir 36° 3.; le poids du malade est de 45 kilogr. : ses réponses sont lentes, faites comme de mauvaise humeur. — Affaissement évident. La

quantité d'urine journalière est de 550cc. : elle est neutre ou même alcaline ne renfermant ni sucre ni albumine; en revanche, des réactifs appropriés y décelaient encore la présence de zinc, deux mois et demi après que le malade avait quitté son travail. Le premier bruit cardiaque est enroué et un peu prolongé : — le foie est volumineux. L'estomac considérablement dilaté descend jusqu'au nombril : ses mouvements péristaltiques sont parfois très-appréciables à travers la paroi abdominale : le pylore hypertrophié, abaissé et mobile forme une tumeur sensible à la palpation, tantôt à gauche, tantôt à droite de l'ombilic. — Enfin, au-dessous des fausses côtes droites, on trouve une autre tumeur dure, légèrement bosselée, mal délimitée et douloureuse à la pression, et qui pourrait faire songer à un néoplasme dépendant du foie; mais des examens répétés ont montré que son volume était sujet à des variations très-grandes, que la pression prolongée des doigts la faisait graduellement disparaître, et qu'elle était le plus évidente au moment des violentes crises gastriques qu'avait le malade : il s'agissait là simplement de contractions du ventre supérieur du muscle droit hypertrophié et reposant sur un plan solide formé par le foie augmenté de volume.

Les matières vomies, dont la quantité quotidienne variait de 600 à 2,000 grammes, présentaient une réaction acide, une odeur d'huile rance : on y a constaté, outre les restes d'aliments, la présence de produits, de fermentation, tels que l'acide butyrique et l'acide lactique, l'existence d'un très-grand nombre de sarcines et de cryptocoques. — Les gaz des éructations brûlaient parfois à la lumière du jour, avec une flamme pâle, à peine visible, indiquant la présence d'hydrogène.

Le traitement a consisté en administration d'eau de chlore contre la fermentation stomachale, de rhubarbe contre le catarrhe chronique de l'estomac; et le malade a été soumis à une nourriture composée exclusivement de viande. — Il est sorti de l'hôpital guéri. J. B.

Case of poisoning by aconite treated by digitalis: recovery, par DOBIE. *(Brit. med. journal, 28 décembre* 1872.)

Après avoir pris une once de teinture de Fleming, un individu tomba rapidement dans l'état suivant : faiblesse et rapidité du pouls, refroidissement des extrémités, respiration laborieuse, irrégularité, intermittence, puis imperceptibilité du pouls ; le malade rend par la bouche et le nez un liquide écumeux. la peau se cyanose, une sueur froide envahit la face et le front, en un mot la mort est proche. Dans l'impossibilité où est le malade d'avaler, on recourt à l'injection sous-cutanée de vingt minimes de teinture de digitale et à la galvanisation de la région cardiaque : au bout de 20 minutes le malade reprend ses sens et peut avaler. On en profite pour administrer des médicaments légèrement excitants et en même temps de la digitale : la respiration redevint libre et le pouls reprit de la force.

Le lendemain matin le malade était rétabli. C'est à la suite d'une conversation avec le Dr Fothergill, que l'auteur eut l'idée de recourir à cette médication. A. G.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Médecine légale.

Stomatite entretenue et aggravée par de la poudre de cantharides, par LAILLER. (*Courrier méd.* 1872.)

Assassinat supposé; mort attribuée à une méningo-encéphalite diffuse, par M. Liouville. (*Bulletin de la Soc. anat.* XLVIIe (1872), 2e série, tome XVII, p. 115.)

Case of hypospadias with cleft Scrotum, believed a female till fourteen years of age. (Hypospadias avec division scrotale, considéré comme étant du sexe féminin jusqu'à l'âge de 14 ans, par Th. Graham. (*Edinburgh med. Journ.*)

Uber Konzeption bei Imperforatio Hymenis und bestimmt nach gewissener Unmoglichkeit der Immissio penis (Sur la conception dans les cas d'imperforation de l'hymen et d'impossibilité absolue de l'introduction du pénis), par le Dr Karl Braun. (*Wiener mediz. Wochenschr*, n° 45, 1872.)

Sur la valeur de l'existence de la membrane hymen comme signe de virginité, à propos d'une demande en nullité de mariage. Rapport par MM. Guérard, Giraldès et de Rothschild. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1872.)

Death of a girl from the effects of rupture of the vagina (Mort d'une jeune fille à la suite d'une rupture du vagin par le coït), par W. Martin, (*Ind. med. Gaz. de Calcutta.*)

Rapport médico-légal sur un cas de chorée, à l'occasion duquel il a été intenté une action de responsabilité civile, par H. Rigal. (*Annales d'hyg. et de méd. lég.*)

Zur Frage der Widerstandsfähigkeit der Gewebe im Leben und nach dem Tode (Du degré de résistance des tissus pendant la vie et après la mort), von Dr F. Falck. (*Viertejahrs f. gericht Med.*, janvier, p. 18.)

Mesure de la poitrine et du poids des recrues passant devant les conseils de révision, etc., par N. Seeland, traduit du russe (*in Bull. de la réun. des officiers.*)

The appearances presented by the bodies of two Children exhumed at St-Helen's Auckland, par R. T. Manson. (*Brit. med. Journal*, 14 déc, 1872. t. II, p. 650.)

Toxicologie.

Die Gifte und ihre Gegengifte (Les poisons et leurs antidotes), 3e et dernier volume, Dr Bandlin. — Bâle.

De l'antagonisme thérapeutique et spécialement de l'antidotisme réciproque de la belladone et de la fève de Calabar, par le profr Gubler, (*Journal de pharm. et de chimie*, 1872.)

Case of poisoning by laudanum successfully treated by belladona (Empoisonnement par le laudanum, traité avec succès par la belladone), par Th. Graves. (*The Boston med. and s. journal*, novembre 1872.)

Observation d'empoisonnement par le laudanum de Sydenham. Poudre d'ipécacuana administrée dans du café. Guérison, par le Dr Vincent. (*Gazette des hôpitaux*, n° 13.)

Empoisonnement par le laudanum de Sydenham. Guérison, par le Dr Chataniou. (*Gazette des hôpitaux*, n° 17.)

Ein Fall von Bleivergiftung durch Schnupftabak (Cas d'intoxication saturnine par le tabac à priser). Dr Böhl. (*Corr.-Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc. 1872.)

Intoxication saturnine chez un enfant, produite par une solution mise sur les gerçures du sein de la nourrice. L'enfant a succombé au bout de quelques jours. (*Gazette des hôpitaux*, n° 1.)

Sur le diagnostic de l'empoisonnement par le phosphore, au moyen d'un signe fourni par les urines du malade, par V. Poulet. (*France méd.*)

Relation médico-légale d'un cas d'empoisonnement par l'alun, par Hicquet. (*Ann. d'hy. et de méd. lég.*)

Empoisonnement par le pétrole. (Café et frictions térébenthinées), par Buffières. (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*)

Des accidents produits par l'emploi sur la peau de chemises de laine aux couleurs d'aniline, par le Dr Viaud-Grand-Marais. (*Gazette des hôpitaux*, nos 14, 15, 16, 17, 18.)

Case of suicidal poisoning by oxalic acid, cystitis, morbus renum, recovery (Cas d'empoisonnement par l'acide oxalique, cystite, lésion réuale, guérison en une semaine), par H. Thompson. Middlesex Hospital. (*Brit. med. Journ.*, 25 janvier.)

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE

ANALYSES.

Sur les bromures.

Emploi thérapeutique du bromure de calcium, par W. A. HAMMOND. (*New-York med. Journ. et Abeille médicale du 2 septembre* 1872, *et Bull. gén. de thérap. du* 15 *nov.* 1872.)

Le bromure de calcium, $CaBr^2$, est un sel blanc, soluble dans l'eau et même déliquescent, soluble dans l'alcool et cristallisant en longues aiguilles prismatiques blanches. De même que l'iodure de calcium, il se décompose facilement à l'air, en donnant du brome libre qui le colore en brun. La solution aqueuse de ce sel se colore également lorsqu'elle est abandonnée à elle-même; elle devient jaunâtre, puis rouge brun. La saveur de la solution, lorsqu'elle est incolore, est analogue à celle du bromure de potassium, mais elle est un peu plus piquante que cette dernière.

D'après les expériences thérapeutiques de Hammond, le bromure

de calcium serait plus actif que le bromure de potassium, ce que cet auteur attribue à la moindre stabilité de ce sel. Les effets hypnotiques produits par ce médicament seraient très-accusés et seraient précieux dans le traitement du delirium tremens et de l'insomnie, suite d'excitation cérébrale ou de fatigue intellectuelle. Dans un cas d'insomnie due à cette dernière cause, 1 gramme 5 de bromure de calcium amenèrent un sommeil calme et réparateur que le bromure de potassium pris à la même dose n'avait pu procurer.

Ce médicament serait très-utile dans les cas d'excitation par épuisement nerveux, avec céphalalgie, vertiges, insomnie, exaltation mentale extrême, comme on en rencontre souvent chez les femmes hystériques. L'auteur recommande, dans ces cas, la formule suivante :

Bromure de calcium	50 grammes,
Sirop de lacto-phosphate de chaux	200 —

Une cuillerée à thé trois fois par jour dans un peu d'eau.

Dans l'épilepsie, le bromure de calcium serait préférable au bromure de potassium, notamment lorsque les accès sont très-fréquents et lorsqu'on a à traiter de très-jeunes enfants atteints de cette maladie.

Enfin ce médicament ne produirait pas d'acné.

A. RABUTEAU.

Étude historique et thérapeutique sur le bromure de potassium, par le Dr Aug. VOISIN. (*Arch. de méd., janvier et févr.* 1873.)

Après avoir fait un historique des travaux qui ont été produits sur le bromure de potassium, l'auteur étudie son action thérapeutique. Dans l'épilepsie, le médecin est convaincu que le médicament a agi d'une façon suffisante et même complète sur les parties supérieures de la moelle, lorsqu'on ne peut plus provoquer l'état de nausée que l'on détermine en introduisant une cuiller à la base de la langue jusqu'à l'épiglotte et celui de l'éternument et du larmoiement produits par la titillation des narines et des fosses nasales avec les barbes d'une plume. C'est là un bon critérium de son action thérapeutique. La persistance de la nausée réflexe est une indication certaine de l'insuffisance de la dose. Mais on est averti qu'il est donné à dose trop forte par la décoloration de la peau, l'amaigrissement rapide, la dépression des forces, l'état de sécheresse de la cavité buccale, la diminution de la faim. On doit même administrer concurremment le fer et l'arsenic pour prévenir l'anémie qui est souvent la conséquence de la médication bromurée. La durée de cette médication dans l'épilepsie doit être fixée au moins à dix ans, en présence de récidives qui surviennent souvent au bout de six ans.

Mais l'emploi du bromure peut produire des accidents du bromisme qui peuvent survenir d'une façon lente ou brusque. La forme rapide est accusée par les symptômes suivants : titubation, somnolence, regard éteint, stupeur, céphalalgie, impossibilité de s'exprimer ; en même temps l'écriture est tremblée, mal tracée, les malades oublient des mots dans les phrases et écrivent incorrectement ; langue sèche, soif vive.

La forme lente s'annonce à l'avance par deux aspects différents : dans le premier cas, le malade est plongé dans l'adynamie, son teint est jaune sale, ses yeux caves et son visage amaigri ; sa physionomie a l'expression de la stupeur ; vue faible, ouïe dure, parole hésitante, mémoire obscurcie, gencives douloureuses, quelquefois rouges et tuméfiées, tremblement de la langue et des mains pendant les mouvements volontaires, titubation pendant la marche. Quand l'état d'intoxication s'aggrave, les individus tombent dans le coma, ont de la fièvre et présentent quelquefois un catarrhe pulmonaire auquel ils succombent.

Dans le second cas de bromisme lent, on observe des accidents cérébro-spinaux caractérisés par un délire général accompagné d'hallucinations, d'idées de persécution, de violences, de l'ataxie des membres et de la langue, du trouble de la parole.

A côté de ces accidents de bromisme, M. Voisin décrit ceux qu'il rapporte à la *cachexie bromique :* décoloration de la peau et des muqueuses, débilitation générale, amaigrissement, souffle vasculaire. Les affections qui ont été observées consécutivement à la cachexie bromique (anthrax gangréneux, érysipèle ambulant, pneumonie, entéro-colite cholériforme) ont toujours présenté le caractère typhoïde et adynamique. — Du côté des voies respiratoires, M. Voisin a observé une toux sèche, quinteuse, suivie de vomissements muqueux et alimentaires, et ressemblant à la coqueluche. — Parmi les éruptions que le bromisme produit, il signale l'acné, une éruption particulière ressemblant un peu à celle du rupia, une autre comparable à l'érythème ortié, l'eczéma sécrétant des jambes et le pityriasis très-étendu du cuir chevelu.

Le bromure, par l'action sédative qu'il exerce sur le bulbe et le cordon médullaire, est employé avec avantage dans l'épilepsie, la chorée, le tétanos, l'irritabilité spinale des hystériques, des anémiques, les douleurs et les crampes d'origine spinale ; par son action constrictive sur les fibres musculaires des vaisseaux capillaires, il agit dans les affections congestives viscérales simples, la congestion cérébro-spinale, dans la spermatorrhée, il diminue les sécrétions buccale, pharyngée et probablement stomacale. Deux ou trois doses de 1 gramme chacune font quelquefois disparaître la leucorrhée.

Le bromure échoue chez l'épileptique qui est en puissance d'hérédité tuberculeuse, qui a une malformation du crâne, qui se livre à

l'onanisme, à l'alcoolisme, qui est atteint de tubercules cérébraux, d'un trouble cérébral quelconque, qui est dément, hémiplégique, ou paraplégique, parce que ces diverses complications sont dues à des épanchements plastiques, à de la sclérose partielle, à des foyers hémorrhagiques, etc.

Les vertiges sont peu modifiés par le bromure de potassium. Il réussit dans les attaques épileptiformes liées à des lésions cérébrales, congénitales, à l'imbécillité, l'idiotie, au ramollissement cérébral, dans la chorée, dans la série des troubles nerveux périphériques médullaires, le tétanos, les douleurs de l'ataxie locomotrice, dans l'irritabilité spinale des hystériques, dans la paraplégie douloureuse des femmes nerveuses, et enfin dans tout phénomène d'origine spinale.

HENRI HUCHARD.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme, par M. Noël GUÉNEAU DE MUSSY, (*Un. méd.*, 1873, *n*os 3, 5, 11, 13, 17, *p.* 27, 53, 125, 146, 193).

M. Guéneau de Mussy expose d'abord quelques généralités sur le rhumatisme, parmi lesquelles nous remarquerons les suivantes : le rhumatisme scarlatineux, le rhumatisme blennorrhagique ne sont que des variétés du rhumatisme ordinaire. C'est ainsi que les arthrites localisées ou générales qui se montrent dans le cours d'une blennorrhagie ne frappent guère que des personnes arthritiques ayant présenté déjà des phénomènes de rhumatisme, ou dont les ascendants ont été rhumatisants.

L'auteur entre ensuite dans le cœur de la question, et il débute par des principes anciens déjà, mais trop souvent, mis en oubli : « ..... Avant de poser les indications du traitement, il faut joindre à la connaissance de la maladie une connaissance approfondie du malade, ... s'enquérir de ses antécédents héréditaires ou personnels, apprécier ses forces, son degré d'excitabilité, ses diverses activités fonctionnelles, observer comment il réagit sous l'action morbide..... Car, dans toutes les maladies, ces conditions individuelles, en modifiant leur marche et l'expression des symptômes, doivent modifier le traitement.. »

Passant en revue les médications qui, toutes empiriques, ont le but de combattre la maladie elle-même, la cause inconnue qui modifie les actes fonctionnels de l'organisme, M. Guéneau de Mussy rejette d'une manière qu'on peut dire absolue la méthode des saignées générales, et même locales. Il n'accepte les vésicatoires que dans le rhumatisme subaigu et sur les grandes articulations. Il a renoncé, comme méthode générale, au sulfate de quinine qui, selon lui, aiderait beaucoup à la production du rhumatisme cérébral. L'opium, à l'intérieur, dans le rhumatisme aigu, présente le même

inconvénient; mais c'est un agent puissant dans son action locale sur les articulations malades. L'auteur rejette également les alcalins. M. Guéneau de Mussy emploie, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, des boissons sudorifiques et diurétiques, quelquefois l'alcoolature d'aconit, toujours la teinture de semences de colchique unie au bromure de potassium : il suspend la teinture à la première apparition de diarrhée.

Dans la convalescence, il faut se garder des eaux minérales actives; ce n'est que lorsque la santé est presque absolument rétablie que les eaux chaudes des Pyrénées d'abord, plus tard celles de Plombières, Amélie, Royat, ou Aix-les-Bains, suivant les tempéraments, rendront d'utiles services.

Du rhumatisme viscéral. Le rhumatisme cardio-vasculaire doit être attaqué avec force par les ventouses et vésicatoires à l'extérieur, le colchique et la digitale à l'intérieur; si la maladie du cœur se prolonge, des cautères agissent alors efficacement.

La forme méningitique du rhumatisme cérébral doit être combattue par le bromure de potassium, les révulsifs actifs sur les articulations, les purgatifs, enfin par une calotte de vésicatoire sur la tête rasée. La forme apoplectique peut être attaquée par les sangsues au cou, mais tout traitement, jusqu'à présent, a échoué.

Les paraplégies rhumatismales doivent être traitées par les cautères et les bains arsenicaux, les hépatites par le calomel.

Du rhumatisme subaigu. Quand sous l'influence de l'anémie, de l'herpétisme, du lymphatisme, de la goutte elle-même, la maladie prend une forme subaiguë, le traitement doit changer. Il faut relever l'action nutritive entravée, et M. Guéneau de Mussy emploie à cet effet un mélange d'extrait de quinquina et d'iodure de potassium. La teinture d'iode, le calorique sous forme de douches de sable chauffé à 60°, d'épithèmes très-chauds, les vésicatoires, les bains de vapeur, les bains tièdes à l'arséniate de soude doivent être employés localement. Si une articulation malade a une tendance à devenir fongueuse, les appareils ouatés compressifs constituent le meilleur moyen à employer. J. CAZALIS.

Renal calculus, gravel and gouty deposits and the value of lithium salts in their treatment, by A.-B. GARROD, M. D. (*Med. Times and Gaz.*, 25 *janvier et* 8 *mars* 1873.)

Il y a eu aujourd'hui treize ans que l'emploi des sels de lithium a été introduit dans la thérapeutique : on peut donc juger de la valeur curative de ces agents. Le lithium, qui se rapproche beaucoup du potassium et du sodium, est un métal moins répandu dans la nature que ces deux autres métaux; toutefois il est moins rare

qu'on ne l'aurait cru : on le trouve dans les cendres de certains végétaux, dans le sang lui-même et dans beaucoup d'eaux minérales.

Les sels de lithium communément employés sont le carbonate et le citrate.

Les propriétés de ces sels sont :

1° *L'alcalinité.* Le carbonate de lithine est très-peu soluble, beaucoup moins que les carbonates de soude et de potasse : en solution, il donne lieu à une réaction alcaline très-puissante. — En présence des acides, il jouit d'un pouvoir neutralisant très-grand, beaucoup plus considérable que la soude, qui s'en rapproche le plus à cet égard, et que la potasse, qui en est le plus éloignée.

2° *L'action diurétique.* Plus que les sels de soude et de potasse, les sels de lithine exercent sur les reins une action diurétique puissante. L'effet est tel, que certains malades évitent de les prendre le soir, afin de ne pas être troublés pendant la nuit.

3° *Solubilité de la lithine combinée à l'acide urique.* Tandis que les autres sels alcalins combinés à l'acide urique forment des composés insolubles ou très-peu solubles qui se retrouvent dans l'économie sous forme de calculs vésicaux, de graviers rénaux, de tophus goutteux, le carbonate de lithine combiné avec le même acide forme un composé essentiellement soluble. L'usage de ce sel se trouve donc chimiquement indiqué dans le traitement de la goutte chronique, dans celui de la gravelle soit rénale, soit vésicale. Les faits cliniques viennent, suivant Garrod, confirmer les données de la théorie.

1re OBSERVATION. — Un vieillard de 60 ans souffrait de la goutte et de la gravelle depuis de longues années. Il avait été opéré de la pierre et rendait chaque jour plusieurs graviers. Soumis pendant sept années consécutives au traitement par la lithine, 0,25 centigr. de carbonate deux fois par jour dans de l'eau de seltz, il fut à tout jamais débarrassé de la goutte et de la gravelle.

2e OBSERVATION. — Un homme de 58 ans, ayant une prédisposition héréditaire à la goutte et à la gravelle, rendait chaque jour des graviers et avait dans le rein gauche une douleur constante, une rétraction du testicule gauche. Soumis au traitement par le citrate de potassium (6 grammes par jour) et le citrate de lithium (1 gramme par jour), administrés concurremment, il vit les douleurs disparaître et les urines redevenir très-claires. Le traitement fut momentanément suspendu, et les accidents reparurent aussitôt. Il reprit alors successivement du citrate de potassium et du citrate de lithium, et constata que 120 à 180 grains de potassium (6 grammes à 9 grammes) étaient l'équivalent de 20 à 30 grains de citrate de lithium (1 gramme à 1 gramme 1/2), et que l'usage du sel de lithine avait l'avantage de ne produire aucune débilité générale.

L'auteur pourrait citer un grand nombre de faits analogues.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas de gravelle que les sels de lithine ont une puissante efficacité. Dans la goutte chronique, le carbonate, ou le citrate de lithine, administré dans l'intervalle

des accès, dissout les tophus crayeux qui envahissent les tendons, les cartilages et généralement le pourtour des articulations. Dans la goutte aiguë, ce même sel, qui est un puissant alcalin, neutralise mieux que tout autre l'acide urique qui se trouve en excès dans le sang.

A tous ces avantages la lithine ne joint qu'un seul inconvénient, un prix très-élevé.

Il était intéressant de rechercher si un autre des effets thérapeutiques des sels de lithium ne produisait pas d'effets physiologiques nuisibles.

Quelques faits, bien observés, pouvaient faire redouter une action perturbatrice sur le système nerveux : deux malades avaient été atteints de tremblements des bras ; mais au moins l'un de ces malades avait eu antérieurement une prédisposition marquée au tremblement. — En résumé, après avoir nombre de fois administré de 10 à 20 grains de carbonate, de 20 à 30 grains de citrate de lithine, Garrod n'a jamais vu se produire d'effets fâcheux : il n'a constaté qu'une alcalinisation énergique du sang et une sécrétion de l'urine plus abondante qu'à l'état normal.

J. DUBRISAY.

De la propylamine et de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Note lue à la Soc. méd. des hôpitaux, 10 janvier (*Union méd.*, 16 *et* 18 *janv.*), **et nouvelles recherches.** (*Gaz. hebdom.*, 28 *mars.*)

Il est question, dans ces deux publications, d'une substance médicamenteuse découverte, en 1850, par Wertheim, en soumettant à la distillation un mélange de narcotine et de potasse ou de soude. Cette substance a été obtenue également l'année suivante par le même chimiste, en distillant la saumure de harengs avec la potasse, et par Anderson, en traitant, à une température de 120° à 175°, la codéine par la chaux. Enfin, elle a été trouvée par Dessaignes, en 1851, dans le chénopodium vulvaria. Ce corps nouveau, dont la formule est C^3H^9Az, fut appelé d'abord *métacétamine* (Wertheim), puis *propylamine* (Anderson). Cette dernière dénomination lui est restée jusqu'en 1855, époque à laquelle Winckler reconnut qu'en traitant cette substance par l'iodure de méthyle on pouvait obtenir de l'iodure de tétraméthylammonium $\left.\begin{matrix}CH^3\\CH^3\\CH^3\\CH^3\end{matrix}\right\}AzI$.

Le corps C^3H^9Az n'était donc pas de la propylamine, $\left.\begin{matrix}C^3H\\H\\H\end{matrix}\right\}Az$,

mais de la triméthylamine $\left.\begin{matrix}CH^3\\CH^3\\CH^3\end{matrix}\right\}Az.$

Ce même corps a été retiré, les années suivantes, de l'huile de foie de morue, de la saumure de divers poissons et de plusieurs végétaux (*plantes propylamiques* de Kaleniczenco). Il se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, d'une odeur ammoniacale, mélangée d'une odeur de poisson en putréfaction. Son point d'ébullition paraît être fixé entre 20° et 25°. M. Dujardin-Beaumetz, se fondant sans doute sur le travail de M. Fargier-Lagrange (*Essais thérapeutiques sur la triméthylamine*, thèse de Strasbourg, 1870), cite comme point d'ébullition 4° à 5°; mais il existait, sans doute, dans la tryméthylamine employée, une certaine quantité de méthylamine, c'est-à-dire d'une amine primaire.

C'est la triméthylamine retirée de l'huile de foie de morue que le médecin russe Awenarius employa le premier, de 1854 à 1856, dans le traitement des affections rhumatismales. Neliubin (de Saint-Pétersbourg) suivit la pratique d'Awenarius; puis Jean de Kaleniczenko, professeur à Charcow, prescrivit cette substance dans la phthisie et dans les affections scrofuleuses; il lui attribua même tous les effets thérapeutiques reconnus à l'huile de foie de morue. Puis M. Guibert (*Traité des médicaments nouveaux*, Bruxelles, 1865) fit quelques recherches sur cet agent. Ayant expérimenté sur sa propre personne, il trouva un ralentissement du pouls; il s'assura, en outre, que ce médicament faisait disparaître les douleurs rhumatismales. M. Desnos, en 1863, l'essaya également, mais il ne publia pas les résultats, parce qu'ils ne lui parurent pas concluants. Enfin, M. Coze (*thèse* de M. Fargier-Lagrange, 1870), puis M. John Gaston et M. Namias, de Venise (1872), en firent usage et la trouvèrent efficace dans les affections rhumatismales. M. Coze et M. Namias constatèrent non-seulement le ralentissement de la circulation, mais la diminution de la température, enfin la diminution de l'urée (Coze), la diurèse (Namias).

Tel était l'état de la science au sujet d'une substance hier peu connue, parmi les médecins de notre pays, lorsque M. Dujardin-Beaumetz commença, au mois de septembre de l'année dernière, à la maison municipale de santé, des essais thérapeutiques dont les résultats ont attiré l'attention. M. Dujardin-Beaumetz a conclu de ses premiers essais que : 1° l'alcali organique tiré de la saumure de hareng, la triméthylamine, paraît avoir une action très-favorable dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; 2° que ce médicament peut être administré, sans aucun inconvénient, à la dose de 0 gr. 50, 1 gramme, et même 1 gr. 50; 3° que cette méthode de traitement paraît agir avec une efficacité plus grande dans le rhumatisme articulaire aigu que toutes les autres méthodes jusqu'ici employées.

Maintenant les essais se poursuivent; on emploie la triméthylamine dans d'autres états morbides que le rhumatisme. Plus tard, nous aurons soin de mettre le lecteur au courant de ce qui aura été constaté.

A. RABUTEAU.

Ueber Hydrotherapie und locale Wærmeentziehungen (Sur l'hydrothérapie et les applications froides), par Franz RIEGEL. (*Deutsches Archiv für klinische Medizin, vol. X, 6e partie, 1er nov.* 1872.)

L'auteur, tout en reconnaissant les avantages que peut offrir le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, suivant la méthode généralement usitée en Allemagne, ne la croit pas exempte d'inconvénients ni même de dangers sérieux. On connaît les règles que suivent, dans son application, ses principaux adhérents : on prend toutes les deux heures la température du malade et, chaque fois qu'elle s'élève dans l'aisselle à 39°5, on administre un bain à 15°, de sorte que, dans un cas grave, le malade peut prendre jusqu'à 12 bains dans les 24 heures. Or, il est d'observation que, dans ces conditions, la température remonte, moins d'une heure après le bain, au chiffre qu'elle atteignait auparavant. Est-ce bien impunément que l'on peut faire subir coup sur coup des oscillations aussi considérables et aussi brusques à la température organique? L'auteur ne le pense pas; il se demande même si l'on ne doit pas rapporter à l'introduction de cette méthode thérapeutique l'augmentation que l'on a constatée depuis quelque temps dans la fréquence des hémorrhagies intestinales chez les typhiques; on conçoit facilement, en effet, que le refroidissement soudain de la surface cutanée provoque l'afflux du sang en quantité excessive dans les viscères abdominaux et amène ainsi des ruptures vasculaires.

Riegel reproche encore à ce traitement les difficultés sans nombre que présente son application dans la pratique civile. Il fait remarquer enfin qu'en s'astreignant aux règles indiquées plus haut on se prive des bénéfices du traitement par l'eau froide dans tous les cas où la température reste au-dessous de 39°, 5 et que cependant il peut y avoir, dans ces conditions, indication positive de recourir à l'hydrothérapie.

En vertu de ces diverses considérations, l'auteur propose de remplacer, dans la généralité des cas, les bains froids par les applications froides, moyen qui, d'après ses expériences, donne les mêmes résultats sans offrir les mêmes inconvénients. Chez plusieurs malades, il a expérimenté comparativement les deux méthodes : pendant 24 heures, on administrait les bains froids suivant les règles indiquées plus haut; le jour suivant, on maintenait appliquées sur le ventre et sur la poitrine deux vessies remplies de glace : constamment on

a reconnu que les *applications locales exerçaient sur la température moyenne de la journée une action au moins égale à celle des bains généraux.*

Cette pratique mérite donc à tous égards la préférence : son action est régulière et soutenue ; elle ne produit pas dans l'organisme les modifications brusques qui rendent dangereux les bains fréquemment renouvelés ; elle expose moins aux hémorrhagies intestinales ; elle est beaucoup moins pénible pour les malades et enfin elle n'offre pas de difficultés dans son application.

Il n'y a pas lieu, en général, d'employer les mélanges réfrigérants.

Les bains frais doivent être réservés pour les cas où la température reste très-élevée malgré les applications froides.

H. HALLOPEAU.

Untersuchungen über den Einfluss der Carbolsäure gegen das Zustandekommen der pyæmischen und putriden Infection bei Thieren (Recherches sur l'emploi de l'acide phénique comme préservatif de l'infection pyémique et putride chez les animaux), par F. ROSENBACH. (*Thèse inaugurale, Gœttingue*, 1872.)

Il s'agit d'expériences comparatives pratiquées en injectant sous la peau de lapins et de chiens du pus avec ou sans mélange d'acide phénique.

La même quantité de pus frais ou décomposé qui, injectée seule, détermine des phlegmons diffus, de la fièvre et la plupart du temps la mort, ne produit, si on l'étend de 5 0/0 d'acide phénique, qu'un abcès circonscrit, sans phénomènes généraux. Additionné au pus dans une proportion inférieure à 1 0/0, l'acide phénique ne détruit plus l'action pyrogène de ce liquide.

Le pus putréfié et dégageant de l'hydrogène sulfuré ne perd pas ses propriétés philogogènes et pyrogènes par l'addition de 5 0/0 d'acide phénique.

Ces expériences prouvent donc, dans une certaine mesure, l'action antiseptique de l'acide phénique. STRAUS.

On putrefiers and antiseptics, par J. DOUGALL. (*The Glasgow med. Journ.. novembre* 1872, *février* 1873.)

Dans les nombreuses expériences qu'il a faites sur la putréfaction et dont nous ne pouvons donner qu'un résumé succinct, J. Dougall a surtout fixé son attention sur trois points principaux :

1° *La putréfaction peut-elle être accélérée par l'addition aux liquides organiques de certains agents chimiques?* Les matières organiques employées dans ces recherches ont été le jus de bœuf et

l'infusion de foin. Le permanganate de potasse a toujours retardé la putréfaction d'une façon très-marquée. L'ammoniaque et le biborate de soude ont agi de même dans quelques cas ; mais d'une façon générale, les alcalis et leurs composés alcalins, le savon, etc., loin de retarder la putréfaction, l'ont au contraire rendue plus précoce. L'hydrogène sulfuré en excès retarde, puis (lorsque la solution est devenue neutre) rend plus intenses les phénomènes de putréfaction; mais, au contraire, en solution faible, l'hydrogène sulfuré hâte d'abord, puis ralentit la réaction; enfin le salpêtre, le sel commun et le sucre, employés généralement comme antiseptiques, sont au contraire des adjuvants de la putréfaction, lorsqu'ils sont mêlés en petite quantité aux liquides organiques.

2° En second lieu, l'auteur a cherché à *mesurer le pouvoir antiseptique des divers agents chimiques*. Les liquides organiques employés ont été le jus de bœuf, une solution de blanc d'œuf et un mélange, à parties égales, de jus de bœuf, d'urine et de solution albumineuse. On a ajouté à chacune de ces solutions une quantité donnée des corps à expérimenter, et le mélange a été maintenu pendant dix jours à une température de 14° à 20°. L'examen fréquemment répété du liquide (à un grossissement de 700 diamètres) a permis de préciser le début de la putréfaction en indiquant le moment même où les microzymas apparaissaient dans le liquide en expérience. En effet, dit Dougall, que ces organismes soient la cause ou le résultat de la putréfaction, leur existence est en tout cas une preuve et en quelque sorte le réactif de ce processus.

Les conclusions que l'auteur tire de ses expériences sont nombreuses, j'indiquerai seulement les principales. Il insiste d'abord sur la distinction que l'on doit établir entre la putréfaction et la fermentation. La putréfaction est caractérisée par la production de microzymas, une odeur putride, un état de trouble du liquide, une réaction neutre ou alcaline, quelquefois seulement faiblement acide, enfin par la marche lente des phénomènes, tandis que dans la fermentation on observe un développement de champignons (torules, mycelium, etc.), une odeur de moisissure, la transparence du liquide, une réaction nettement acide, le tout se produisant rapidement. — Les solutions simples de matières organiques, lorsqu'elles se composent, subissent d'abord la putréfaction (à une époque qui varie pour chacune d'elles). Cela résulte simplement de ce qu'elles présentent en général une réaction neutre; car, dans les liquides organiques à réaction acide, la fermentation est en général le phénomène primordial. Les substances qui s'opposent à la putréfaction sont presque toutes acides et les plus actives sont nettement acides. Au contraire, les agents qui retardent la fermentation sont en général des corps neutres. En somme, *les meilleurs antiseptiques* (c'est-à-dire les corps qui retardent ou empêchent les phénomènes de putréfaction et de fermentation)

sont acides (bichlorure de mercure, acide benzoïque, acide chromique, sulfate de cuivre, nitrate d'argent, bichromate de potasse). Le silicate de soude et le borax sont, comme tous les autres sels alcalins, absolument dénués de pouvoir désinfectant; pourtant (à cause de la distinction établie plus haut) Rabuteau et Papillon ont pu dire avec raison qu'ils s'opposaient à la fermentation.

3° Dans une troisième série d'expériences, Dougall a comparé différents corps volatils au point de vue des *propriétés antiseptiques des vapeurs* qu'ils émettent. Une certaine quantité de ces substances étant mise sous une cloche, l'atmosphère de la cloche était bientôt saturée de ces vapeurs. Les matières organiques sur lesquelles cette influence a été étudiée ont été le lait, le jus de bœuf, l'urine, la solution d'albumine d'œuf, la solution de foin, enfin un mélange de ces divers liquides. Voici le résultat des expériences : L'acide acétique cristallisé et l'acide chlorhydrique ont complétement empêché la putréfaction; viennent ensuite, en série décroissante, l'acide nitrique, puis le chlorure de chaux, l'acide sulfureux, enfin l'acide phénique, dont l'action a été peu marquée. Celle du chloroforme a été nulle. Quant au camphre et à l'éther sulfurique, loin d'empêcher la putréfaction, ils l'ont au contraire nettement favorisée. Si donc l'on compare l'action du chlorure de chaux et de l'acide phénique, l'avantage est sans nul doute du côté du premier de ces agents; et si l'on réfléchit aux conditions observées dans ces expériences, on verra, dit Dougall, que la désinfection par l'acide phénique est, dans la pratique, tout à fait illusoire.

Ces expériences ont été complétées par d'autres dans lesquelles l'auteur a étudié l'influence de ces corps volatils sur le vaccin. La lymphe vaccinale a pu être inoculée avec succès après avoir été soumise à l'action de certaines de ces vapeurs (acide phénique, chloroforme, camphre, éther sulfurique, iode). Il en a été de même du mélange direct de vaccin et d'acide phénique (1/50). Au contraire, le vaccin soumis à l'action des autres corps (chlorure de chaux, acide sulfureux, acide nitrique, acide acétique cristallisable, acide chlorhydrique) était devenu complétement inerte. La réaction du liquide vaccinal était à la fin de l'expérience acide dans le dernier cas, neutre ou alcaline dans le premier. — Ces faits sont donc absolument confirmatifs des expériences précédentes.

A. SEVESTRE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Eléments de thérapeutique et de pharmacologie, par le Dr A. RABUTEAU, 1 *vol. in-12, de* 1,194 *pages, Paris,* 1872.)

L'auteur n'a pas voulu faire un Manuel vulgaire, ce qui est contraire à ses tendances; il s'est efforcé d'écrire un Traité reproduisant, d'une manière rigoureuse et précise, les données fournies par la physiologie et l'expérimentation. En un mot, il a entrepris un essai de thérapeutique scientifique appuyé sur des bases aussi solides que celles d'autres branches de la médecine mieux développées. Nous ne pouvons nous contenter, dit-il, de savoir qu'un médicament guérit, nous voulons savoir comment il opère; car en nous fondant sur cette notion et sur celle de l'état morbide, nous agissons en connaissance de cause.

Tel est le programme que M. Rabuteau s'est proposé. Pour le remplir, il met à contribution les données scientifiques actuelles et les expériences cliniques faites dans ces dernières années, ainsi que les recherches personnelles déjà nombreuses qu'il a pu exposer mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, les effets physiologiques et thérapeutiques des divers agents de guérison. Tout d'abord il a cherché à établir une classification rationnelle de ces agents. Cette classification, qui n'est point parfaite, sans doute, comme il le reconnaît lui-même, est fondée sur les effets exercés par les médicaments sur les fonctions, effets qui résultent eux-mêmes de ceux qui sont produits sur les éléments anatomiques et les humeurs. Il traite ensuite des divers agents thérapeutiques, qu'il divise en *pondérables*, ou médicaments proprement dits, et en impondérables, tels que la chaleur, l'électricité, la lumière. Dans les chapitres consacrés à cette étude, l'auteur expose avec clarté les effets physiologiques des médicaments, puis leurs usages, enfin les modes d'administration et doses. L'action physiologique des médicaments est étudiée avec un soin particulier; c'est elle qui constitue, à proprement parler, la partie neuve de cet ouvrage, et qui le rend utile à consulter. G. H.

Étude sur les différentes voies d'absorption des médicaments, par le Dr A.-L. AMAGAT. (*Thèse de Paris*, 1873.)

M. Amagat n'apporte aucun fait nouveau; il ne fait que résumer les travaux touchant la question. Mais il aurait dû au moins observer la vérité historique mieux qu'il ne l'a fait en plusieurs circonstances. Ainsi pour notre part, nous revendiquons hautement les bénéfices de cette loi que nous avons établie le premier, en 1868, devant la société de Biologie: *L'absorption cutanée des substances gazeuses ou volatiles est notable; celle des substances solides et fixes dissoutes dans l'eau, ou incorporées aux corps gras, est nulle ou infinitésimale.* Cette loi a été publiée le 3 avril

1869 dans la *Gazette Médicale*. Nous avons dit que le mercure est absorbé à l'état de vapeur lorsqu'on applique sur la peau une pommade mercurielle, et nous avons démontré que l'iode retrouvé dans l'urine après des frictions avec une pommade renfermant un iodure est l'iode provenant de la décomposition de cet iodure, qui lui n'est pas absorbé en nature ou n'est absorbé qu'en quantité infinitésimale et seulement lorsque l'application de la pommade est très-prolongée. A. RABUTEAU.

De l'hyoscyamine et de son action dans les névroses spasmodiques convulsives (tremblement mercuriel, sénile, tétanos, etc.), par le Dr OULMONT. (*Mém. lu à l'Ac. de méd. et Bull. gén. de thérap.*, 15 déc. 1872.)

L'auteur croit pouvoir résumer son travail par les conclusions suivantes :

« 1° L'hyoscyamine représente tous les principes actifs de la jusquiame. La fixité de sa composition donne aux résultats qu'on obtient de son emploi une précision que ne donne pas au même degré la jusquiame en substance.

« 2° L'hyoscyamine doit être administrée d'abord à faibles doses (2 milligrammes par jour), soit en pilules, soit sous forme d'injections hypodermiques. On pourra augmenter graduellement les doses jusqu'à 10 et même 12 milligrammes par jour.

« 3° Le médicament devra être continué, même s'il survient quelques légers symptômes d'intoxication, comme de la sécheresse à la gorge, de la dilatation pupillaire. Mais si les symptômes devenaient graves, il faudrait le suspendre. Ces symptômes sont fugaces et disparaissent au bout de quelques heures.

« 4° L'hyoscyamine exerce sur l'homme une action narcotique. Elle est efficace contre le symptôme douleur et les névralgies en particulier ; mais l'efficacité en est moindre que celle de l'opium et de la belladone.

« 5° Ce médicament exerce une action favorable dans les névroses spasmodiques et convulsives.

« L'hyoscyamine a guéri le tremblement mercuriel dans des circonstances où tout autre médicament avait échoué. Elle a produit une amélioration notable dans le tremblement sénile et la paralysie agitante.

« 6° Son action est nulle dans l'ataxie locomotrice. »

« Dans le tétanos traumatique (une seule observation est rapportée par l'auteur), quoique le blessé ait succombé, l'hyoscyamine a déterminé dans les symptômes une rémission assez notable. La question n'est pas résolue et appelle une nouvelle expérience. »

Nous conseillons de consulter, au sujet des propriétés de l'alcaloïde de la jusquiame (bien peu étudié, suivant nous, par les chimistes, et difficile à obtenir à l'état pur), les travaux suivants : *De l'hyoscyamine*, par le Dr E. Clin, Paris, 1868 ; — *De l'hyoscyamine et de la daturine; Étude physiologique, applications thérapeutiques*, par le Dr Ch. Laurent. — Thèse de Paris, 1870. Dr A. RABUTEAU.

Beitrag zur Kenntniss der Ergotinwirkungen (Contribution à la connaissance du mode d'action de l'ergotine), par le Dr WERNICH. (*Archiv für anat. Pathol.*, *v. LVI, l. 4.*)

On sait que l'ergotine agit en déterminant le rétrécissement des vaisseaux, et on admet volontiers que les contractions de l'utérus ne sont qu'un effet secondaire de la contraction vasculaire de cet organe ; cependant les recherches de Oser et Schlesinger (*Centralblat*, 1871) avaient montré que l'anémie des centres nerveux déterminée brusquement pouvait provoquer les contractions du muscle utérin.

L'auteur s'est donc efforcé de rechercher quelle est la part des centres nerveux dans les mouvements de l'utérus déterminés par le seigle ergoté.

Pour cela, il a pratiqué diverses expériences sur des chattes et sur des chiennes. Après avoir préalablement fait une ouverture au crâne, ou bien mis à nu une portion de la moelle, il injecte dans la veine crurale de l'animal de 3 à 5 décigrammes d'ergotine et observe les phénomènes qui se passent soit dans les capillaires, soit dans les muscles des divers organes, et surtout de l'utérus. Des sections de la moelle à la région dorsale, ou du sympathique au cou, lui permettent de rendre compte de leur influence sur l'action de l'ergotine dans l'économie.

Voici à quels résultats les expériences ont conduit : Le premier effet de l'ergotine est la contraction des capillaires artériels, qui s'accompagne d'une congestion veineuse dans les départements vasculaires de la peau, des muscles ordinaires, de l'intestin, de la vessie, de la pie-mère cérébrale et rachidienne.

La section du grand symphatique au cou ne change en rien ces résultats.

Les vaisseaux de l'utérus, peut-être à cause de leur disposition particulière (?), n'ont pas offert les mêmes modifications, et les contractions provoquées dans la matrice survenaient après les modifications vasculaires des autres organes. Seulement, les contractions déterminaient la pâleur et l'anémie du tissu utérin par effacement du calibre des vaisseaux.

La section de la moelle à une certaine hauteur, entre la 3e et la 5e vertèbre dorsale, empêche toute action du médicament sur l'utérus, probablement par la suppression du centre de mouvement de cet organe.

L'ergotine produit donc des contractions utérines par l'irritation (anémique ?) de la moelle dorsale.

L'objection capitale qu'on peut faire à l'auteur, et qu'il se fait lui-même à juste titre, est dans la mutilation excessive qu'il fait subir aux animaux. Il leur ouvre le crâne, le rachis, l'abdomen, et il injecte l'ergotine ; au bout d'un certain temps l'utérus se contracte ; il sectionne la moelle et fait une nouvelle injection. Point de contractions utérines. Mais l'animal mourant 20 minutes (Obs. X) après la section de la moelle n'est sans doute point placé dans des conditions qui permettent à l'ergotine d'agir comme elle le fait en dehors de ces mutilations.

De quelques faits observés chez les femmes, à propos de l'action de l'ergotine dans des hémorrhagies utérines, traitées par une injection sous-cutanée d'ergotine, l'auteur conclut :

Que ces injections sont utiles, mais qu'il faut cependant se tenir sur ses gardes, car la masse injectée ne se résorbe pas entièrement et laisse quelquefois persister assez longtemps un noyau dur et douloureux.

J. GRANCHER.

Beiträge für praktische Anwendung des salzsauren Apomorphins (Contribution à l'emploi du chlorhydrate d'apomorphine), par A. MŒRZ. (*Prager Vierteljahrsch. f. prakt. Heilk.*, 1872, *XXIX*, *v.* III, *p.* 76-84.)

L'auteur rapporte des expériences très-favorables sur l'emploi de ce nouveau vomitif. Il l'a employé 6 fois ; la dose variait de 6 à 12 milligr. et avant chaque expérience il avait soin de préparer une solution nouvelle. Il faisait l'injection à l'avant-bras : l'action se manifestait, de 3 à 12 minutes après l'injection, par de légers prodromes caractérisés par une diminution de fréquence du pouls sans collapsus, et de légères nausées. Cet agent thérapeutique trouve son indication, d'après l'auteur, dans le catarrhe aigu de l'estomac, et dans les empoisonnements, quand les autres vomitifs sont contre-indiqués. H. CH.

Quelques mots sur les alcalins, par le Dr MIALHE, membre de l'académie de médecine. (*Bull. gén. de thérap.* 1873, *t. LXXXIV.*)

Au sujet d'un rapport du docteur Barrudel relatif aux observations cliniques recueillies à Vichy pendant les années 1868 et 1869, M. Mialhe cherche à appuyer la théorie, aujourd'hui insoutenable, qu'il a émise jadis sur l'action des alcalins. On sait que, suivant cette théorie, qui ne repose sur aucune preuve expérimentale faite sur l'homme, les alcalins augmenteraient l'urée, activeraient, en un mot, la nutrition d'une manière puissante. Mais Trousseau avait déjà créé depuis longtemps le mot de *cachexie alcaline*, dont M. Mialhe ne veut pas, lorsque dans un travail fait en commun avec Boghoss Constant (de Smyrne), en 1870, et continué ensuite par nous en 1871 (*Compte rendu de l'Académie des sciences* 1870 *et Gazette hebdomadaire* 1871), nous avons démontré que les alcalins diminuent l'urée, abaissent la température, ralentissent le pouls, produisent l'anémie déjà signalée, en 1848, par Löffler à la suite d'expériences faites sur l'homme. Ce n'est que lorsque les alcalins sont pris à très-faible dose, par exemple à celle de quelques décigrammes par jour, qu'ils activent la nutrition ; mais alors on ne fait plus une médication véritablement alcaline, ces sels se transformant dans l'estomac en chlorures, qui sont des excitateurs de la nutrition. Nos recherches ont été confirmées récemment par M. Ritter, de l'ancienne Faculté de Strasbourg. M. Mialhe doit donc se résigner à voir tomber ses hypothèses, que les résultats cliniques constatés par M. Barrudel sont d'ailleurs loin de confirmer.

A. RABUTEAU.

Recherches sur le pétrole. Son origine, sa nature, ses propriétés, ses divers emplois, les dangers qu'il présente et les moyens d'atténuer ces dangers), par M. A. CHEVALLIER. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, *oct.* 1872, *n*o 78, *p.* 277, *et janvier* 1873, *p.* 48.)

Le titre de ce travail très-étendu indique suffisamment les données qu'il peut fournir. Nous signalerons, comme intéressant particulièrement

la médecine et l'hygiène, les chapitres relatifs aux usages du pétrole comme médicament interne et externe, comme anesthésique, et ses effets comme agent toxique. Le pétrole est vermifuge, tœnifuge, parasiticide. Ceci ne doit pas nous étonner; car on sait, bien que l'auteur ne le fasse pas remarquer, que l'essence de térébenthine et toutes les huiles essentielles, non oxygénées (carbures d'hydrogène) ou oxygénées, sont parasiticides et vermifuges.

Le docteur Henry Bigelow (de Massachussets) a obtenu l'anesthésie locale à l'aide du froid produit par l'évaporation des huiles les plus légères de pétrole répandu sur la peau. Ces huiles dépriment le sens génésique; elles provoquent de violentes migraines. Enfin, M. Chevallier rapporte deux cas d'empoisonnement consécutif à l'ingestion de cette huile minérale. La relation du premier cas est incomplète. Les symptômes les plus remarquables observés dans le second cas consistèrent en des convulsions tétaniques excessivement violentes. A. RABUTEAU.

De l'arrêt de la destruction du poumon dans la phthisie chronique par l'inhalation des vapeurs des essences oxygénées, par le Dr Jules CHÉRON. (*Gazette Hebdomadaire*, 20 *décembre* 1872.)

Il se sert d'un appareil spécial construit par Colin, qui permet de chasser dans les tuyaux bronchiques de l'air saturé de ces vapeurs.

On doit choisir de préférence, parmi les essences oxygénées, celle du *Laurus camphora* dont l'odeur est moins pénétrante que celle du camphre de *Bornéo*, et l'essence oxygénée du cèdre dont l'odeur agréable et douce est bien supportée par les malades. A. J.

Du traitement des fièvres intermittentes rebelles par l'hydrothérapie, par le Dr FOURCADE. (*Thèse de Paris*, 1872.)

L'auteur rapporte six observations nouvelles de fièvres intermittentes (quatre tierces et deux quotidiennes) guéries par l'hydrothérapie dans l'établissement de Bellevue, près Paris. La méthode suivie fut celle des douches *avant l'accès* et dans l'intervalle des accès. Cette méthode, inaugurée par Fleury et adoptée par M. Tartivel, diffère, comme on le voit, de celle de Currie qui, au commencement de ce siècle, employait les affusions froides pendant le stade de chaleur, et de celle de Priesnitz, qui soumettait ses malades à des transpirations plus ou moins prolongées, après lesquelles il donnait la douche froide ou le grand bain. Currie voulait abattre la fièvre ; Priesnitz voulait éliminer, suivant ses idées, les humeurs viciées ; Fleury, au contraire, voulait agir sur la circulation et, partant, sur la nutrition. C'est en effet en modifiant la nutrition que le fer agit, suivant nous, lorsqu'il guérit peu à peu les fièvres.

Les conclusions du travail de M. Fourcade sont les suivantes :

1° Dans le traitement des fièvres intermittentes récentes, simples, non pernicieuses, les douches froides peuvent être substituées au sulfate de quinine.

2° La méthode hydrothérapique donne de très-bons effets dans les fièvres intermittentes rebelles au quinquina et aux autres fébrifuges.

3° Dans l'intoxication palustre, elle agit :

Sur les accès fébriles, par l'action perturbatrice et antipériodique ;

Sur les congestions viscérales, par l'action révulsive et résolutive des douches froides générales et locales ;

Enfin sur l'anémie et la cachexie, par l'action tonique et reconstitutive.

Dr A. RABUTEAU.

Des refrigérants dans la fièvre typhoïde, par le Dr A. FERRAND. (*Bull. gén. de thér.*, 30 *sept.* 1872.)

On sait que James Currie, l'un des créateurs de l'hydrothérapie, recourait aux affusions d'eau froide dans la fièvre typhoïde lorsque la sécheresse et la chaleur de la peau étaient considérables, mais qu'il conseillait de s'en abstenir lorsque le corps était en sueur. M. Ferrand a employé avec avantage les bains ordinaires, dans cette même maladie, chez des sujets dont la peau était brûlante et qui présentaient du délire et une violente agitation. La température s'est abaissée sous l'influence de l'immersion et des bains, et, en même temps que cet abaissement, on a pu constater une sédation modérée du pouls et une sédation bien plus remarquable des phénomènes nerveux. Dr A. RABUTEAU.

Kaltwasserbehandlung des Abdominaltyphus in der Kielerpoliklinik (Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide dans la polyclinique de Kiel), par A. BEHRENS. (*Deutsche Klinik*, 1873, *n° 1 et seq.*)

L'auteur cite un grand nombre d'observations qui démontrent les excellents résultats obtenus par les douches et les bains froids. Il fait voir également que ce traitement ne mérite pas le reproche qu'on lui fait de provoquer les hémorrhagies intestinales. Outre l'eau froide, la quinine est également employée avec succès, principalement dans les cas bénins.

KLEIN.

Observations de fièvres intermittentes traités au moyen de l'eucalyptus globulus, par le Dr E. KIRCHBERG, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes. (*Journal de médecine de l'ouest*, 1re *série*, 6e *année*, *t. VI*, *p.* 259.)

Sur dix-neuf malades dont l'auteur rapporte les observations et qui ont été traités par l'eucalyptus globulus, quinze ont guéri sans sulfate de quinine. Pour éviter les récidives, il faut avoir la précaution de soumettre les malades à l'emploi de l'eucalyptus pendant quelque temps encore après la cessation des accès.

L'auteur, s'appuyant sur les propriétés antipériodiques de l'eucalyptus, est disposé à conseiller la culture de cet arbre dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique. Il cite à ce propos l'opinion de M. le professeur Bouchardat, qui attribue l'excessive rareté des fièvres intermittentes dans certaines localités marécageuses de l'Océanie, de l'Aus-

tralie et de la Nouvelle-Calédonie, à la volatilisation de l'huile essentielle s'échappant des nombreuses cellules des feuilles de myrtacées qui couvrent le sol de ces contrées. Il serait bon de faire des expériences pour changer cette hypothèse en vérité scientifique; et, si l'on a pu développer la cachexie paludéenne chez des moutons en les abreuvant avec de l'eau provenant de la condensation de la rosée recueillie à la surface des marais, ne pourrait-on pas faire la contre-expérience avec le même liquide contenant en dissolution les principes actifs des myrtacées, de l'eucalyptus en particulier? HENRI HUCHARD.

Borax and the nitrate of potass in the loss of voice from colds in public speakers and singers (Des heureux effets du borax et du nitrate de potasse dans les cas de perte de la voix chez les orateurs et les chanteurs), by John CORSON. (*The med. Record*, 1er *janv.* 1873.)

L'auteur, chargé depuis plusieurs années du service des maladies de poitrine et de gorge au dispensaire de New-York, rapporte un grand nombre de cas dans lesquels il a pu rendre la voix presque instantanément à des orateurs, des prédicateurs, des chanteurs, des chanteuses qui, sous l'influence du froid, avaient été atteints d'un enrouement subit. — Les moyens employés par lui sont les suivants :

I. — Faire fondre très-lentement dans la bouche, au moment de parler ou de chanter, et avaler peu à peu un morceau de borax de 15 à 20 centigrammes. Cette substance excite une sécrétion abondante de salive et humidifie ainsi la bouche et l'arrière-gorge;

II. — La veille du jour où l'on devra chanter ou parler, faire dissoudre dans un verre d'eau sucrée et avaler 25 centigrammes de nitrate de potasse; se mettre au lit et provoquer une abondante transpiration. — Le jour suivant se tenir très-chaudement.

Il est bien entendu qu'un semblable traitement est tout à fait inutile dans les cas d'affection chronique de la gorge ou de toute maladie inflammatoire aiguë déjà caractérisée. J. DUBRISAY.

On the value of a purely milk diet in some forms of Dropsy and general anasarca and in Elephantiasis Arabum (Des avantages de la diète lactée dans les cas d'hydropisie, d'anasarque généralisé et d'Eléphantiasis des Arabes), by V. RICHARDS. (*Med. times and. gaz.*, *nov.*, 16. 1872.)

L'auteur est un partisan enthousiaste de l'emploi du lait comme seule nourriture dans les cas d'hydropisie : il va peut-être un peu loin en supposant que l'usage seul du lait peut faire disparaître l'hydrothorax. Ce qui nous a frappés dans son article ce sont les résultats qu'il a obtenus dans trois cas d'Eléphantiasis. En 8 jours, sur trois Indous âgés de 58, de 45 et de 32 ans, il a obtenu une amélioration très-remarquable : Chez le premier, dont le cou-de-pied mesurait 15 pouces de circonférence (à peu près 45 centimètres), après 8 jours d'une diète lactée sévère, on ne trouvait plus que 11 pouces (33 centimètres). La circonférence du

mollet était tombée de 12 à 11 pouces (36 à 33 centimètres). Les tissus de la jambe s'étaient assouplis, les articulations du pied étaient devenues flexibles. — Chez le second la circonférence du cou-de-pied était tombée de 12 à 8 pouces (36 à 24 centimètres), celle du mollet de 9 à 8 pouces (27 à 24 centimètres). — Chez le troisième la circonférence du cou-de-pied était tombée de 11, 6 pouces à 9, 3. — Ces résultats encore incomplets méritaient d'être signalés puisqu'il s'agit d'une affection regardée jusqu'ici comme incurable. J. DUBRISAY.

Cases of Phlegmatia dolens treated by turpentine, by E. COPEMAN, M. D. *(Medic. Times and Gaz., 30 nov. 1872.)*

L'auteur rapporte 11 cas de phlegmatia alba dalens qu'il a traités avec succès par la térébenthine employée soit à l'extérieur en fomentations, soit à l'intérieur en lavements (18 gouttes d'essence pour un lavement). Nous remarquerons seulement que concurremment avec la térébenthine il a employé le sulfate de quinine, l'opium, les cataplasmes de farine de lin, le fer, etc. — Les observations ne nous paraissent pas absolument concluantes. J. DUBRISAY.

Étude sur l'emploi de l'avoine dans l'alimentation et la thérapeutique et particulièrement de son emploi dans l'alimentation des enfants du premier âge, par le Dr Léon MARIE. *(Thèse de Paris,* 1873.)

M. Marie tient d'abord à démontrer que l'on a tort de considérer l'avoine comme une nourriture réservée aux chevaux. Pour cela il cite Dioscoride, qui dit que l'avoine était bonne contre la diarrhée ; il cite également le titre d'une thèse ayant pour titre *de curâ avenaceâ* soutenue, vers 1725, sous la présidence de F. Hoffmann.

On sait bien que l'eau d'amidon, que ce soit celle du riz ou de l'avoine, est utile dans la diarrhée; mais on sait aujourd'hui, ce que l'auteur semble ignorer, que le rachitisme est dû à Van Helmont, puis à Stahl, à Hoffmann, qui voyaient dans le lait un *nutrimentum non satis firmum* (Stahl). On fit prendre aux enfants, vers le milieu du dix-septième siècle, une bouillie composée de mie de pain, de sucre, de miel et de bière, de *juscula hordacea, avenacea*, dont Hoffmann avait donné les formules ; et c'est vers cette époque qu'apparut le rachitisme, inconnu auparavant, alors qu'on nourrissait les enfants avec du lait.

Si M. Marie s'était rappelé cette immense expérimentation qui a fait périr des milliers d'enfants, il n'aurait pas songé à la répéter en nourrissant des enfants avec un mélange de farine d'avoine et de lait. Il est vrai qu'il n'y avait dans ce mélange que 5 parties de farine pour 30 parties de lait ; que les enfants n'étaient nourris que le jour avec cette mixture, tandis que la nuit on leur donnait le sein. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, pendant le peu de durée des expériences, ces enfants aient continué d'augmenter de poids. Mais nous n'engageons nullement à ad-

ministrer ces sortes de mixtures. Il faut suivre ce précepte de Galien : *Puellus, quoad primores dentes emiserit, solo lacte alendus.*

A. RABUTEAU.

Des propriétés des sulfovinates en général, et du sulfovinate de soude en particulier, par le Dr RABUTEAU. (*Un. méd.*, 1873, *n°* 8, *p.* 87, *et n°* 10, *p.* 112.)

L'auteur rappelle ses recherches qui ont déjà été publiées, et rapporte quelques faits, observés surtout dans les hôpitaux, qui montrent toutes les qualités du sulfovinate de soude employé comme purgatif, à la dose de 20 grammes. J. C.

Clinical lecture on chorea, and its treatment, par W. F. WADE. (*Brit. med. Journ.*, 28 *déc.* 1872.)

Dans cette leçon consacrée au traitement de la chorée, l'auteur recommande de ne pas oublier que les attaques peuvent être causées par la présence d'entozoaires dans l'intestin; un traitement approprié peut donc dans ces cas être suivi d'une guérison assez rapide. Il recommande aussi l'emploi du sulfate de zinc à haute dose, de 1 à 2 grammes environ, et cite à l'appui des cas de guérison due à ce traitement.

A. G.

D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie et de la chlorose, par le Dr BROWN-SÉQUARD. (*Archives of scientific and practical Medicine, n°* 1, 1873, *et Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 149.)

La méthode de M. Brown-Séquard consiste à ne donner à la fois qu'une petite quantité d'aliments solides ou liquides, et cela à des intervalles réguliers, variant de dix à vingt minutes ou une demi-heure. Ce n'est pas *trois fois* mais *soixante fois* par jour et même plus qu'il faut faire manger. Sous l'influence de ce mode d'alimentation on arrive peu à peu à pouvoir manger davantage à des intervalles plus éloignés et suivant les usages habituels. M. Brown-Séquard considère comme certain, d'après les faits observés par lui, que la dyspepsie fonctionnelle, une fois qu'elle a pris naissance, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, s'entretient et s'accroît par la distension des parois de l'estomac.

Dans l'anémie et la chlorose non compliquées de dyspepsie, l'avantage de cette méthode repose sur la rapidité de la formation du sang par suite de l'accroissement notable de la quantité d'aliments que peuvent digérer les malades. A. R.

Note sur l'emploi et les bons effets du tannin dans la pleurésie et notamment dans la pleurésie chronique purulente, par le Dr DUBOUÉ, de Pau. (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 52, 1872.)

Voici les conclusions de ce mémoire :

La médication exclusive par le tannin, dans onze cas très-graves de pleurésie purulente avec évacuation spontanée du pus, a donné huit succès complets dans un temps relativement court, un succès encore incomplet après un très-long traitement, et deux cas de mort.

Employé également seul dans un cas de pleurésie tuberculeuse et dans quatre cas d'épanchement pleurétique simple, le tannin, s'il n'a pas produit la guérison, n'a pas du moins empêché celle-ci de se produire dans tous les cas, et dans une période de temps variant entre douze jours et cinq semaines.

Chez la plupart des malades, le docteur Duboué a donné le tannin en pilules, suivant la formule suivante : tannin, 3 grammes ; conserve de roses q. s., f. s. a. 20 pilules, de 4 à 8 pilules par jour. — Chez un enfant, le tannin a été donné en poudre à la dose de 0,20, 0,30 cent. par jour divisés en deux fois, dans un peu de confiture ou de sirop de gomme.

HENRI HUCHARD.

The treatment of small-pox by vaccination, par M. TAYLOR. (*Lancet*, 1er *février* 1873.)

Dans ce travail, l'auteur s'attache à réfuter l'opinion d'un médecin anglais, M. Furley, qui a avancé que la variole pouvait être modifiée avantageusement par la vaccination pratiquée pendant l'évolution de la maladie. Tout d'abord il relate des cas absolument négatifs et où même la maladie se termine par la mort, malgré la vaccination. Quant aux observations de M. Furley qui seraient favorables à l'opinion qu'il exprime, M. Taylor fait observer qu'elles avaient trait à des sujets vaccinés, chez lesquels l'influence de cette vaccination antérieure suffisait pour modifier l'aspect de la variole ; la vaccination pratiquée pendant l'évolution de ces varioles modifiées n'est donc nullement probante. Toutefois, si dans le cours d'une épidémie de variole on soumettait à la vaccination des sujets non vaccinés, l'incubation de la variole durant quatorze jours environ et celle de la vaccine étant moins longue, il y avait alors possibilité pour ces sujets, si les premiers boutons de vaccine se montraient avant l'éruption variolique, d'échapper au danger d'une variole grave et de ne plus présenter qu'une maladie modifiée et bénigne. Si, au contraire, la vaccination avait été pratiquée à la fin de l'incubation variolique, et que, par conséquent, l'éruption précédât l'apparition des boutons de vaccine, la variole alors n'était nullement influencée par la vaccination et suivait sa marche habituelle et fatale. (*Voir plus haut les autres travaux sur la variole.*)

A. GOUGUENHEIM.

Die Behandlung der Lungenemphysem durch mechanische Beförderung der Expiration, von prof. C. GERHARDT, de Würzbourg. (*Berlin. klin. Wochens.* 1873, *n°* 3, *p.* 25.)

L'auteur rapporte deux observations favorables à la pratique de la respiration artificielle dans le traitement de l'emphysème pulmonaire; mais il note deux accidents qu'il a vus se présenter : ce sont des hémoptysies et des convulsions de la face.

Il a employé aussi la respiration artificielle dans un cas de dilatation des bronches pour faciliter l'expectoration. Cette méthode réussit le mieux chez les personnes encore jeunes, à cause de la flexibilité des arcs costaux. Gerhardt a été guidé en partie dans le choix de ce mode de traitement par les heureux résultats qu'il avait obtenus en comprimant la vésicule biliaire dans des cas d'ictère catarrhal et en pressant méthodiquement sur les côtés du larynx dans certaines paralysies des cordes vocales. J. B.

Nouvelles observations servant à démontrer l'efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement des anévrysmes, par le Dr BALFOUR. (*Édinburgh, Med. journ. et Gaz. méd. de Paris*, 1872.)

On avait accusé autrefois l'iodure de potassium de favoriser le développement des anévrysmes. C'est le contraire qui a lieu aujourd'hui. Le Dr Balfour rapporte douze cas d'anévrysme, la plupart appartenant à l'aorte, dans lesquels l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium aurait été évidente. Non-seulement ce médicament pourrait guérir les anévrysmes quand ils sont formés, mais il exercerait une influence prophylactique et interviendrait comme modificateur puissant dans la diathèse anévrysmale. L'iodure de potassium a été administré par le Dr Balfour à la dose de 2 grammes trois fois par jour. — Consultez également, à ce sujet, le *Bulletin génér. de thérap.*, t. LXXV, 1868.

A. R.

De l'ipéca et de son emploi dans la dyssenterie, par le Dr A.-E. DETRAY. (*Thèse de Paris*, 1872.)

L'auteur a divisé son sujet en trois parties : étude chimique, étude thérapeutique, étude physiologique. — La partie chimique est la plus complète ; elle renferme les notions que l'on possède sur l'acide ipécacuanhique et l'émétine. La partie thérapeutique est tout à fait incomplète. Enfin la partie physiologique renferme des expériences que l'auteur a faites avec l'émétine. Ces expériences viennent à l'appui de celles de Pécholier, qui avait déjà démontré que cette substance produit le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'abaissement de la température, la diminution de la sensibilité et de la matricité, indépendamment des effets vomitifs et purgatifs bien connus de tout le monde. A. R.

Considérations pratiques sur la dyssenterie aiguë, par le Dr CERSOY. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 118.)

Il s'agit surtout du traitement de la dyssenterie. L'auteur établit d'une manière concise comment on a pu arriver à des résultats favorables, presque au même degré, dans le traitement de cette maladie, avec des agents thérapeutiques tirés de groupes opposés de la matière médicale. Prenons comme exemple les purgatifs et les opiacés. Les purgatifs, en entraînant les matières constamment à l'état liquide, pour qu'elles ne froissent pas la muqueuse intestinale, réduisent à des proportions de plus en plus minimes le tenesme et la constipation ; l'opium, en calmant l'élément douleur, réduit les spasmes et tend à supprimer, de jour en jour, cette barrière infranchissable qui arrêtait les matières excrémentielles dans leur cours. L'opium ne constiperait pas dans ce cas ; d'ailleurs l'action anticathartique de l'opium peut être annihilée par les lavements mucilagineux. A. R.

Sur la conservation et le dosage de l'acide cyanhydrique, par M. A. PETIT. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *et* 30 *janvier* 1873.)

On sait que l'acide cyanhydrique s'altère spontanément en donnant du paracyanogène, ainsi qu'une petite quantité de formiate d'ammoniaque. On sait, de plus, que ce principe est très-volatil, puisqu'il bout à la température de 26 degrés, lorsqu'il est pur.

M. Petit a reconnu que l'altération de l'acide dissous dans l'eau est d'autant moindre que la solution en est plus étendue. Ainsi, elle est faible pour l'acide au centième ; elle est nulle pour l'acide au millième.

En conséquence, l'auteur propose de se servir exclusivement de l'acide au millième et de conserver cette solution aqueuse dans des flacons bien bouchés et renversés. Le même moyen de conservation serait employé pour les eaux distillées d'amandes amères et de laurier-cerise. On préparerait aussi une solution de cyanure de potassium contenant 1 milligramme d'acide cyanhydrique par centimètre cube. Ces solutions présenteraient l'avantage d'être toujours dosées et d'une manipulation facile. Nous sommes complétement de l'avis de M. Petit.

Quant au dosage, l'auteur se sert d'une solution de nitrate d'argent titrée dont un volume donné précipite une quantité déterminée d'acide cyanhydrique. Ce procédé n'est pas nouveau ; il y a longtemps qu'on l'emploie pour le dosage, non-seulement des cyanures, mais des chlorures, des bromures et des iodures. A. RABUTEAU.

Sur la conservation du seigle ergoté, par M. GOBLEY. (*Journal de phar. et de chimie*, 1873, *t. XVII*, *p.* 216.)

On prend du seigle ergoté de l'année; on choisit les grains entiers qui paraissent les plus sains : ce sont ceux qui sont élastiques sous les doigts,

présentent une cassure nette et d'un blanc rosé et n'offrent pas de sillons profonds. On les chauffe, pendant trois ou quatre heures, dans une étuve à 50 ou 60°, et on les conserve dans des flacons de 30 grammes bien secs, bouchés avec soin et goudronnés. A. R.

Préparation rapide de la pommade mercurielle; théorie de l'extinction du mercure dans les corps gras, par M. MAGNES-LAHEM. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1873, *t.* 17, *p.* 220.)

L'auteur prépare cette pommade avec :

Mercure	1,000	grammes.
Huile d'amandes douces. .	20	—
Baume noir du Pérou. . .	20	—
Axonge.	960	—

Le mercure disparaît avec une rapidité surprenante dans le mélange de l'huile d'amandes douces et du baume du Pérou; la pommade ainsi obtenue est lisse, d'un bel éclat, d'une odeur agréable et d'une facile conservation. A. R.

Note sur l'extrait de Malt houblonné, par le Dr CHAMPOUILLON. (*Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, *n°* 11, 1873.)

L'extrait de malt houblonné peut être administré comme aliment et comme médicament : comme aliment, puisqu'il renferme de l'azote, du carbone, des matières grasses et des sels minéraux ; comme médicament, puisqu'il contient du tannin, de la diastase, du lupulin, et une huile essentielle qui a des propriétés sédatives.

Le tannin agit comme amer et tonique, le lupulin comme anti-aphrodisiaque, l'huile essentielle par son action calmante, la diastase végétale par son action sur la digestibilité des féculents. Aussi l'extrait de malt houblonné réussit-il bien dans l'anémie, la phthisie pulmonaire et un grand nombre de dyspepsies. HENRI HUCHARD.

De la valeur de la ponction aspiratrice dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques, par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 97.)

« En résumé, dit M. Dujardin-Beaumetz, la ponction aspiratrice est une méthode qui a fait progresser la cure des kystes hydatiques. Complétant l'emploi de la ponction capillaire, qui, depuis Récamier, a permis non-seulement de les diagnostiquer, mais de les guérir, cette méthode permet d'arriver au même résultat avec moins de danger et plus de sécurité.

« Si cette ponction aspiratrice peut amener dans quelques cas la guérison à la suite de la première ponction, elle réclame le plus souvent des opérations successives, et dans les cas où, à la suite de cette opération,

il se développe une suppuration avec tout le cortége des symptômes de l'infection putride, il faut abandonner cette méthode de traitement et recourir au plus vite à l'ouverture large du kyste soit par les caustiques, soit par les ponctions faites avec des trocarts de volume considérable, soit enfin par ces deux méthodes combinées et qui permettent des lavages abondants et des injections fréquentes de liquides modificateurs. »

A. RABUTEAU.

Ponction intestinale dans la fièvre typhoïde, par MURON. (*Gazette médicale*, 21 *décembre* 1872.)

L'auteur rapporte une observation recueillie à Lariboisière dans le service de M. Millard. La ponction intestinale fut tentée comme dernière ressource : elle produisit un soulagement momentané, mais les accidents se reproduisirent et la mort survint.

M. Muron étudie les lésions produites par le trocart et pense que ce qu'il faut éviter autant que possible, c'est de tomber sur une ulcération intestinale. Toutefois ce moyen doit être réservé aux cas dans lesquels la pneumatose intestinale prend un développement considérable.

A. J.

Du rôle de l'aspiration dans les maladies de l'estomac et dans les empoisonnements, par le Dr Georges DIEULAFOY. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV p.* 145.)

Le manuel opératoire est fort simple : on pratique d'abord le cathétérisme de l'estomac, puis on adapte, à la sonde œsophagienne, l'un des tubes de l'aspirateur, et l'on répète à plusieurs reprises l'injection et l'aspiration d'un liquide approprié. M. Dieulafoy rapporte à ce sujet, d'après le docteur Paul (de Danville), une observation où ce moyen réussit rapidement chez un enfant empoisonné par le laudanum de Sydenharm et que l'ipéca n'avait pas fait vomir. On injecta et l'on retira alternativement du café noir afin de diluer, de neutraliser et d'éliminer la substance toxique qui existait encore en partie dans l'estomac quarante minutes après qu'elle avait été ingérée. Si l'on n'avait à sa disposition ni vomitif ni sonde pour pratiquer le cathétérisme, M. Dieulafoy conseille de pénétrer dans l'estomac au moyen de l'aiguille n° 1 de l'aspirateur. A. RABUTEAU.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par A. BECQUEREL. 5e édition par le Dr E. BEAUGRAND. (*Paris*, 1873, *Asselin.*) — **A Handbook of hygiene, by G. WILSON.** (*London, J. and A. Churchill*, 1873.)

Le *Traité élémentaire d'hygiène* de Becquerel revu par M. Beaugrand présente, malgré son titre modeste, un résumé complet de toutes les questions qui intéressent de près ou de loin la santé publique ou privée, aussi ne se prête-t-il pas à l'analyse. L'édition actuelle, mise au courant de la science, contient des détails intéressants sur le mouvement de la population en France, sur la mortalité des enfants placés en nourrice, et sur l'acclimatement ; mais, ce qui, selon nous fait un des grands mérites

de cet ouvrage, ce sont les index bibliographiques fort étendus qui accompagnent chaque chapitre et qui ont dû coûter bien des recherches à leur auteur.

Le livre de M. Wilson n'embrasse qu'un certain nombre de questions d'hygiène sociale plus spécialement étudiées en Angleterre : les unes ont trait aux différents systèmes d'égouts, de canalisation, de chauffage et de ventilation ; d'autres sont relatives aux métiers insalubres, à l'alimentation de la population ouvrière. Nous avons remarqué aussi un chapitre sur les mariages mal assortis, un autre tout à fait pratique sur les moyens de reconnaître les aliments falsifiés. Enfin une dernière partie, très-développée, est intitulée : *Des devoirs des officiers médicaux chargés de la santé publique*. Elle expose, d'après la législation récente de 1872, le détail des attributions si importantes et si nombreuses dévolues en Angleterre aux médecins de la salubrité : ce sont des pages pleines d'intérêt pour ceux qui se livrent à l'étude comparée de la police sanitaire dans les différents pays. J. B.

Substances alimentaires conservées par l'action du froid, par M. BOUSSINGAULT. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXVI, p.* 189, 27 *janvier* 1873.)

En 1865, du bouillon de bœuf enfermé dans des flacons fut plongé pendant quelques heures dans un mélange réfrigérant dont la température descendit à — 20°. Aujourd'hui, ce bouillon a toutes les qualités qu'il possédait lorsqu'il a été soumis à l'action du froid.

Du jus de canne à sucre exposé en vase clos à la même température de — 20° a été préservé de toute altération. L'auteur rapproche ces faits de la conservation des éléphants qui, depuis des siècles, sont ensevelis dans les glaces, et dont la chair est dans un tel état de conservation, qu'elle peut servir de pâture aux animaux. E. HARDY.

Sur les propriétés antifermentescibles du silicate de soude. Note de M. PICOT, de Tours. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 6 *janvier* 1873.)

D'après les recherches de M. Picot, le silicate de soude, capable d'arrêter la putréfaction en dehors de l'économie, ainsi que l'ont montré MM. Rabuteau et Papillon, reste *sans influence sur la septicémie,* qui est considérée cependant, par un grand nombre de savants, comme une véritable fermentation putride du sang. (Voir *Rev. des sciences méd.*, n° 1, p. 296.) M. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Thérapeutique médicale.

Manuale di materia medica e terapeutica basata specialmente sui recenti progressi della fisiologia e della clinica (Manuel de matière médicale et de

thérapeutique fondées sur les récents progrès de la physiologie et de la clinique), par CANTANI. Milan.

Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie, par le professeur BOUCHARDAT, 5e édit. Paris.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1873, suivi d'un *Mémoire sur l'étiologie du typhus*. BOUCHARDAT. Paris.

Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique, par G. A. GIACOMINI, trad. de l'italien, par MOJON et ROGNETTA, nouv. édition.

Hand-Atlas saemmtlicher medicinisch-pharmaceutischer Gewaechse. 5. Aufl. 5. u. 6, Lfg. (Atlas portatif des plantes médicinales et pharmaceutiques, 5e édit., 5e et 6e livraisons). ARTUS. Iéna.

Médicament, par le Dr FONSSAGRIVES (*Dict. encycl. des sc. méd.* 2e série, t. VI, 1re partie), par G. Masson et P. Asselin, 1873.)

Nouveau procédé pour l'administration des poudres médicamenteuses, par M. LIMOUSIN (*Bull. gén. de thérap.* t. LXXXIV, p. 211.)

De l'élimination des médicaments, par le Dr A. BORDIER. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janv.)

On Fluid Extract of Castanea Vesca (Common Chestnut) in Pertussis (Sur l'extrait aqueux de la castanea vesca, marronnier commun), par T. D. DAVIS. (*Philadelphia medical Times*, déc. 1872.)

Mémoire sur la digitale pourprée, par HOMOLLE, in-8o. Paris.

The use of ergot, par T. EYTON JONES. (*Brit. med. Journ.* 1er février, t. I, p. 115.)

On ergot in headache (De l'ergot de seigle dans la céphalalgie). Dr D. R. SILVER. (*Philadelphia medical and surgical Reporter.*)

Report on the treatment of sick-headache (Traitement de la migraine par l'emploi du guarana), par MM. WILKS, LOCKART-CLARKE, FIDDER, FRASER et DAVIDSON. (*Brit. med. Journal*, 21 et 28 décembre 1872.)

Note sur un faux quinquina rouge, par E. LEMOINE. (*Arch. de méd. navale*, no 3.)

Sul valore febbrifugo della chinina (Sur la valeur fébrifuge de la quinine), Études expérimentales et cliniques par le Dr Vincent CHIRONE. — Naples, typ. de Ange Trani, 1728.

Le Dr PISA rend compte de ce travail dans le journal *lo Sperimentale*, de Florence, fasc. 1er, 1873. La principale conclusion de l'auteur est que la quinine n'a aucune valeur fébrifuge.

I succedanei ai preparati di chinina nelle febbri intermittenti (Les succédanés (iode et soufre) des préparations de quinine dans les fièvres intermittentes), par A. CROCIANI. (*Imparziale de Florence*, 1872.)

Eucalyptus globulus, ein Surrogat des Chinin. Dr STRUBE. (*Berlin. klin. Wochens*, 23 décembre 1872, no 52.)

Traitement de la constipation habituelle. Pratique des hôpitaux de Londres. Fève de Calabar. (*British. med. journ.* 1872, et *Revue de thérap. méd. chir.*, 1872, et *Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXIV, p. 87.)

Case of intestinal obstruction of eighteen days duration successfully treated by belladona (Obstruction intestinale datant de seize jours, traitée avec succès par la belladone), par John MACRAE. (*The Lancet.*, 25 janv., t. I, p. 128.)

Experiments with cundurango, its powerful influence on ulcers, it does not cure cancer (Expériences avec le condurango, sa puissante action sur les ulcères, son inertie contre le cancer), par E. ANDREWS. (*Med. Examin.*, de Chicago.)

Étude sur l'action physiologique et l'emploi de l'alcool, par Léon TRÉPANT, (*Thèse de Paris*, 1872.)

Haute et fréquente utilité de l'alimentation tonique et des substances alcooliques, du vin particulièrement, dans les maladies de nos jours, par LIÉGEY. (*Courrier méd.*, 1872 et 1873.)

Des propriétés physiologiques du chlorure de sodium, par LECOQ. (*Thèse de Paris.*)

Effects of the bromides in epilepsy (Effets des bromures dans l'épilepsie). Dr ETCHEVERRIA. (*Philadelphia medical Times*, 16 déc. 1872.)

De la lithine, par M. DUQUESNEL. (*Bull. général. de thérap.*, t. LXXXIV, p. 166.)

Ueber die Lithionsalze hauptsaechlich in Berücksichtigung ihrer Wirkung gegen die Gicht (De l'efficacité des sels de lithine contre la goutte). Dr WAGNER. (*Correspond. Blatt. f. Schweiz. Aertze*, nos 2 et 3.)

Essai sur les propriétés thérapeutiques de l'acide carbonique, par le Dr TRIBAUD. Clermont-Ferrand et Paris.

Carbolic acid; its use external and internal (Acide phénique; usage interne et externe), par L. NANNEY. (*Indian. med. Gaz. Calcutta*, 1872.)

Sull' uso interno dell' acido fenico nella pneumonite suppurante (Sur l'usage interne de l'acide phénique dans la pneumonie suppurée), par le Dr CICCIMARRA. (*Il Morgagni*, de Naples, 1872, p. 630.)

Du traitement de la pneumonie pendant la grossesse, par le Dr WATELLE père, membre de la Soc. méd. de Douai (Nord). (*Un. méd.*, 19 déc. 1872, no 150, p. 397.)

Five cases of paracentesis thoracis occurring in private practice (Cinq observations de thoracentèse dans la pratique civile), par Thomas PEACOCK. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, t. I, p. 221.)

Pleuritische Notizen (Observations d'épanchements pleurétiques traités par la

privation des boissons). Dr SONDEREGGER. (*Corresp. Blatt. f. Schwiez Aerzte*, n° 4.)

Cura degli spandimenti pleuritici con il latte (Traitement des épanchements pleurétiques avec le lait), par F. FORTI (*Raccoglitore med. de Forli.*)

Ueber die Indicationen zum Aderlasse (Indications de la saignée). Alf. STEIGER. (*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc. 1872.)

Recherches expérimentales sur le traitement de l'asphyxie, par G. LE BON. (*Ac. des sc. in Gaz. hedomadaire* 1872.)

Ueber Behandlung des Erysipels, von Dr V. KACZOROWSKI. (*Berlin. klin. Wochenschft*, 30 déc. 1872, n° 53.)

Etude sur le traitement de la dyssenterie, par Jacques CHAILLOUX. (*Thèse de Paris.*)

The relative frequency of diseases between the right and left sides of the heart; Degeneration of the heart, its causes and means of avoidance, par C. BLACK. (*Lancet*, 7 et 14 déc., suite des leçons analysées dans R. S. M., p. 143.)

On the stomach-pump in the treatment of chronic gastric-catarrh and dilatation, par SCHLIEP. (*Clinical society of London, Lancet*, 14 déc. 1872.)

Carcinoma œsophagi. Ernährung durch die Schlundsonde und das Fleisch Pankreas-Clystier (Carcinome de l'œsophage. Alimentation du malade par la sonde œsophagienne et des lavements de viande et de tissu de pancréas frais hachés ensemble), von Dr HEYFELDER, de Saint-Pétersbourg. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. II, n° 3, 14 fév., p. 324-328.)

Incontinenza notturna dell'orina, curate felicemente col cloralio idrato (Incontinence nocturne d'urine, guérison par l'hydrate de chloral), par G. LEONARDI. (*Raccogl. med. Forli, fev.*)

Abstract of cases of cholera treated with chloral hydrate (Résumé des cas de choléra traités par l'hydrate de chloral), par MAC-REDDIE. (*Indian méd. Gaz. de Calcutta*, 1872.)

Choléra traité par le calomel; guérison. Dr HARTNIGE. (*Lancet*, 28 *sept.* 1872, *et Bull. de thérap.*, t. LXXXIV, p. 91.)

Transfusion of milk in cholera (Transfusion du lait dans le choléra), par Edward M. HODDER. Lettre à l'éditeur. (*The Practitioner*, *janv.*)

Choleraschutz und Cholerabhandlung (Traitement préventif et curatif du choléra), par un praticien. (*Allgemeine Wiener medizinischs Zeitung*, 1872, nos 52 et 53.)

Remarks on the blister-treatment of rheumatism (Remarques sur le traitement du rhumatisme par les vésicatoires), par PEACOCK. (*Brit. med. Journ.* 11 janv.)

Fièvre typhoïde grave, traitée par la digitale et le sulfate de quinine; gué-

rison, par le Dr L. Sorbets. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 janv., t. LXXXIV, p. 26.)

Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr Témoin. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXIV, p. 215.)

Case of diabetes insipidus ; rapid improvement under the use of valerian, par M. Broadbury, Addenbrokes hospital. (*Lancet*, 11 janv.)

Observations on the skim-milk treatment of diabetes mellitus (Observations sur le traitement du diabète sucré par l'emploi du lait écrémé). (*Lancet*, 11 janv. et 18 janv.)

Sur le traitement du diabète sucré, par Budde. (*Ugeskrift for Læger*, 25 janv.)

Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle, de la pierre urinaires et des diverses maladies dépendant de la diathèse urique, par le Dr H. Aug. Mercier.

Inflammations et catarrhe de la vessie. Gravelle. Des divers moyens de combattre ces affections. P. Claparède. — Montpellier et Paris.

Résumé clinique des observations faites à l'établissement hydrothérapique de Beufeld pendant l'année 1872, par le Dr Sieffermann. (*Gaz. méd. de Strasbourg, mars.*)

Pyrexia in phthisis treated by cool baths (Traitement de la fièvre chez les phthisiques par les bains froids), par T. Williams. (*Brit. med. Journ.*, 11 janv.)

L'eau de mer considérée au point de vue médical, par A. Sicard. (*Marseille méd.*)

Les eaux purgatives françaises, Brides, Savoie, par Laissus. (*Gaz. des eaux.* 1872.)

Étude sur les sels arsenico-ferriques de la Dominique, par Durand. (*Gaz. des hôpitaux*, nos 7 et 20.)

Des eaux minérales de la Savoie (Contributions à l'étude de leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques), par Francis Bertier. (*Thèse de Paris.*)

Statistique hydro-minérale d'Allemagne (Les eaux minérales peu connues de la Lorraine française), par Guyot. (*Gaz. des eaux*, 1872.)

Ueber die Curerfolge bei Gicht und Rheumatismus zu Bad Meinberg (Sur les résultats thérapeutiques obtenus aux eaux de Meinberg pour la goutte et le rhumatisme), par le Dr Caspari, médecin de la source. (*Deutsche klinik.*, no 4.)

Die Kranheiten des Rückenmarks in ihren Beziehungen zu den electrischen Strömen als Heilmittel. Die unipolare Anwendung starker Spannungselectricität (Applications de l'électricité en thérapeutique. Les maladies de la moelle dans leurs rapports avec les courants électriques employés comme traitement. Application unipolaire de forts courants d'électricité statique), par le Dr Theodor Clemens, de Francfort-sur-Mein. (*Deutsche klinik*, nos 22 et 49, 1872.)

On the therapeutic uses of electricity (Leçon faite à Guy's Hospital), par Samuel Wilks. (*Brit. med. Journ.* 11 janv. t. I, p. 28.)

Principes d'électrothérapie. E. Cyon. — Paris.

Report on modern medical electric and galvanic instruments and recent improvements in their application. (*Brit. med. journ.* 8 fév. t. I, p. 144.)

Des applications cliniques de la thérapeutique hydro-aéro-électrique, par le Dr T. Santopadre. (*Il Galvani, janv.*)

On the relief of pain by the constant galvanic current (Du soulagement de la douleur par le courant galvanique constant), par H. Stanley Gall. (*Med. Press and Circular*, 1er janv., p. 2.)

On electrolysis of aortic aneurism (De l'électrolyse appliquée aux anévrysmes thoraciques), par le Dr Henry J. Boroditch. (*American Academy of arts and sciences.* nov. 27, 1872. *Nature*, janv. 16.)

Cas d'anévrysmes thoraciques traités par l'électrolyse, depuis 1870, par le Dr Cinisellі. (*Il Galvani*, janv.)

Four cases of facial paralysis successfully treated with electricity (quatre cas de paralysie faciale traités avec succès par l'électricité), par J. Finlayson. (*The Glasgow medical Journ.* nov., 1872.)

Aulcuni casi d'impotenza sessuale curati colla faradizzazione (Quelques cas d'impuissance sexuelle guérie par la faradisation), par Gaspari. (*Nuova ligur. med.*, janv.)

Hygiène.

Leçons d'hygiène. A. Riant. — Paris.

On the preliminary duties of health officers (Sur les devoirs préliminaires des officiers de santé), par T.-J. Dyke.

Outline of preliminary report on the sanitary condition of the district of a medical officer. London.

Englische Hygiene und medical Polizei. Dr Pistor. (*Vierteljahrs f. gericht med.*, no 1.)

Le premier âge. — De l'éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfant, par le Dr A. Siry. (Broch. p. 107, J.-B. Baillère. — Paris.)

Le développement de l'homme, discours prononcé au congrès des naturalistes et médecins allemands, en 1873, à Leipzig, par Schaäffausen. Traduit *in Revue scientifique.*

La longévité humaine ou l'art de conserver la santé et de prolonger la vie, par le Dr P. Foissac. — Paris.

Incineracion de los cadaveres (Incinération des cadavres), par de Heredia. (*Correio med.*, Lisbonne.)

Ancora sulla incenerazione dei cadaveri (Encore sur l'incinération des cadavres), par V. Givo. (*Gaz. med. ital. prov. venete de Padoue.*)

Los desinfectantes (Les désinfectants). (*In Pabel. med. de Madrid*, 1872.)

On volatile disinfectants (Sur les désinfectants volatils), par CAMERON and TICHBORNE (*Pharmaceutical Journal*. Dublin, déc. 28, 1872.)

Des aérophores et de leur application au travail dans les mines, par A. DENAYROUSE, lieutenant de vaisseau, et L. DENAYROUSE, ancien élève de l'Ecole polytechnique. — Paris, 1872.

Die physikalischen Einwirkungen d. Waldes auf Luft u. Boden u. seine kilmatolog. u. hygien. Bedentg. Resultate der fortsl. Versuchs-Stationen in Königr. Bayern. I. Bd. Atlas in Fol (Influence physique des forêts sur l'air et sur le sol. Résultats des stations forestières d'expérimentation du royaume de Bavière). EBERMAYER. — Aschaffenbourg.

Des plantations d'arbres dans l'intérieur des villes au point de vue de l'hygiène publique, par M. JEANNEL. (*Recueil de Mémoires de médecine militaire*, NOV.-décembre 1872.)

An analysis of ship air and its effects (Analyse de l'air d'un vaisseau de guerre et ses effets sur les matelots, par A. RATTRAY. (*Lancet*, 25 janvier.)

Ventilation économique et chauffage des cafés, salles d'asile, etc., par U. COULIER. (*Ann. d'hyg. pub. méd. lég.*)

Des hôpitaux, tentes et baraques. Essai sur l'hygiène hospitalière, le transport des blessés, l'organisation des services sanitaires, par W.-C. GORI.

A contribution to school hygiene. Hygiène scolaire, par R. LIEBREICH. (*Brit. med. Journ.*, 25 janvier.)

Consumption in the Highlands and Islands to the west of Scotland, with reference to the immunity claimed for these districts while the people remain at home (De la phthisie dans les montagnes et les îles de l'ouest de l'Ecosse, à propos de l'immunité attribuée à ces districts tant que les habitants restent dans leur pays), par R. SMITH. (*Edinburgh med. Journ.*)

De la station médicale de Saint-Moritz (vallée engadine, Suisse), par S. JACCOUD. — Paris.

Davos und seine Heilkraft (Davos au point de vue médicinal). Dr SCHUSTER 2e édition. — Bâle.

Davos in seiner Eigenschaft als klimatischer Winter und Sommerkurort für Brustkranke. Kritisch betrachtet (Examen critique de Davos considéré comme station hivernale et cure d'été des affections de poitrine), RAMANN GUIDO. — Bâle.

Tangier as a winter resort for invalids. (Tanger, station d'hiver pour les malades), par A. LEARED. (*Lancet*, 4 janvier.)

Cenni sul clima ed intorni di Bsario (Indications sur le climat des environs de Bsario), par Sev. MAJ. (*Gaz. med. ital. lomb. de Milan.*)

Cairo and its climate (Le Caire et son climat), par M. MORITZ FURSTENBERG. (*Lancet*, 11 janvier.)

De la possibilité de l'acclimatement des Européens, démontrée par la prospérité de leur descendance, par VERRIER. (*Gaz. obstétricale.*)

The water supply of military cantonnements of India, par E. Nicholson. (*Lancet*, 18 janv.)

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

ANALYSES.

Traité de chirurgie d'armée, par L. LEGOUEST. (2e *édition. Paris, J.-B. Baillère*, 1872.)

Il serait superflu de donner une analyse détaillée des diverses parties de ce livre, qui est aujourd'hui le traité classique de la chirurgie d'armée en France ; et pourtant les progrès que les derniers événements ont fait faire à cette branche des sciences médicales ont été le sujet de modifications importantes et nombreuses qui font de cette seconde édition presqu'un nouvel ouvrage. Ces additions concernent principalement l'étude des blessures par armes à feu, notamment de celles par les balles ; celle des appareils ; elles ont trait enfin au service de santé en campagne : mais surtout l'un des points les plus essentiels de ce travail, les indications des amputations et des résections, y est traité à nouveau et est fondé sur les statistiques de mortalité obtenues pendant les guerres du Sleswig-Holstein, d'Autriche, de sécession. Les résultats observés pendant les campagnes 1870-1871 ne comptent que dans une faible proportion parmi les sources auxquelles a puisé l'auteur ; la cause de cette lacune doit être cherchée dans les conditions si défavorables à l'observation où se trouvèrent les chirurgiens militaires français pendant cette guerre, et à la date récente des événements qui n'a permis encore à aucun travail d'ensemble de se produire sur ce sujet.

L'opinion que Legouest cherche à faire prévaloir sur les effets des projectiles nouveaux diffère de celle que l'on est généralement porté à admettre. Il refuse toute action spéciale à la forme et au poids de la balle, et ne considère que sa force d'impulsion et la distance plus ou moins grande à laquelle elle peut se faire sentir sans déperdition notable de la vitesse initiale. On peut s'étonner que l'auteur, en exposant en détail le traitement de cette sorte de plaies, croie devoir se tenir aux préceptes des anciens chirurgiens et préconiser presque sans réserve l'exploration immédiate et le débridement préventif. Il nous a semblé ressortir d'un grand nombre de faits bien observés et publiés que, même dans les blessures des

membres, ce mode d'agir comportait de nombreuses exceptions qui, loin d'être laissées au hasard, étaient formellement indiquées par le siége, les dimensions, la nature de la lésion.

Quant aux appareils provisoires ou définitifs, l'auteur n'est pas favorable au plâtre si généralement adopté en Allemagne; il lui préfère les appareils modelés en toile métallique, tels que les a recommandés Sarazin (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1871, p. 257); il les trouve plus solides et plus portatifs à la fois, et réserve les appareils plâtrés pour les cas où le pansement régulier n'est pas possible ; pour faciliter leur application à la cuisse, il recommande les pelvi-supports de Roser, de Voelkers, de Volkmann, mais paraît ignorer l'existence de celui de M. Cusco, plus simple et plus portatif cependant.

Legouest restreint beaucoup les indications des amputations immédiates ; il se fonde sur les statistiques récentes pour recommander la conservation dans bien des cas, et surtout dans les fractions de cuisse siégeant au-dessus du tiers inférieur.

Relativement aux résections et à leurs indications, il se trouve encore en opposition avec les idées reçues par la plupart des chirurgiens civils : tandis qu'il donne à la chirurgie conservatrice, dans bien des cas, le pas sur la chirurgie active, il préfère généralement les amputations aux résections et ne croit devoir recommander d'autres que celles de l'extrémité supérieure du fémur et de la tête de l'humérus ; il rejette dans le plus grand nombre des cas la résection du coude elle-même.

A la suite des opérations, il ne se prononce pas encore sur l'opportunité du pansement par occlusion et de la compression ouatée.

Enfin, il décrit avec détails, dans le chapitre où il traite du service de santé en campagne, les moyens de transport divers qui sont en usage pour les blessés, tant en France que chez les autres nations militaires, et insiste sur les innovations utiles que l'on doit emprunter à l'étranger ou aux sociétés civiles de secours. Il consacre des pages fort intéressantes à l'étude de l'installation des hôpitaux temporaires des ambulances et des baraquements, et compare le matériel et le personnel de notre service militaire à celui qu'emploient actuellement les Allemands et les Anglais.

PAUL BERGER.

Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie (Traité de chirurgie générale et spéciale), par V. PITHA et BILLROTH. (*Erlangen*, 1872.)

Ier vol., IIe *partie*, 1re *livr.*, *fasc.* II. — **Delirium tremens und Delirium traumaticum, par Edm. ROSE.**

Cet ouvrage se recommande par l'exactitude avec laquelle Rose étudie les signes et la marche de l'alcoolisme aigu et chronique.

Le delirium tremens est caractérisé par une trilogie que forment le tremblement, l'insomnie et le délire : chacun de ces symptômes doit être analysé en lui-même et son étude attentive révèle déjà son origine; leur réunion entraîne la plus absolue des certitudes.

Le *tremblement* alcoolique se distingue des autres sortes de tremblement par son apparition matinale; il cède le plus souvent après l'ingestion de boissons alcooliques. Enfin il occupe constamment la langue, signe qui ne permet pas de le confondre avec le tremblement sénile.

Le *délire* consiste en *hallucinations* subites, caractéristiques, qui sont une sorte de sensations involontaires et spontanées, empruntant tous les caractères de la réalité. A celles-ci se joignent deux autres formes du délire des sens, formes très-voisines, quoique distinctes : ce sont les *phantasmes* et les *illusions*. L'objet des visions est souvent mal défini; les malades sont peu explicites sur ce point; il s'agit là de perception d'impressions lumineuses, confuses, que, suivant sa prédisposition intellectuelle, l'alcoolique rapporte à tel ou tel animal, souvent à aucun être en particulier. Mais ce qui est plus constant, c'est l'impression de terreur ou de crainte vague qui accompagne ces troubles de la vision.

Les hallucinations des autres sens sont plus rares. Günsbourg a noté des illusions du goût : celles du sens de l'ouïe, fréquentes, ne se trouvent que dans les stades avancés de la maladie.

Ces trois phénomènes, délire des sens, tremblement, insomnie caractérisent le 2e stade du delirium tremens : il survient parfois d'emblée, surtout à la suite du traumatisme; d'autres fois il est précédé d'un premier stade, celui des prodromes où le malade ne présente qu'un peu d'anxiété, des manifestations nerveuses, telles que réveils brusques, etc., et des troubles gastriques.

Dans un 3e stade, le délire se modifie; c'est la période de l'*agitation :* le malade dominé par ses visions est insensible au monde extérieur; il parle avec volubilité et d'une façon souvent incompréhensible. A cette période surtout se remarque l'*anesthésie* curieuse que Rose croit due à la diminution de la sensibilité périphérique plutôt qu'à l'état des centres nerveux. Il fonde cette opinion sur le fait que l'anesthésie dans l'ivresse et même dans l'acoolisme apparaît souvent avant les premiers troubles intellectuels.

Les *terminaisons* du delirium tremens en constituent le 4e et dernier stade. La mort peut survenir soit à la suite d'accès de délire furieux, soit subite et inopinée, soit enfin par épuisement graduel (delirium mussitans). Dans les cas heureux, au contraire, le malade sort plus ou moins subitement de son délire pour tomber dans un sommeil long et profond dont il se réveille souvent pour retomber dans une nouvelle attaque.

La *thermométrie* ne fait reconnaître dans le delirium tremens aucune élévation de température, lorsqu'il est exempt de complica-

tions inflammatoires : l'affection, même dans sa forme la plus grave (delirium furibond), est apyrétique. Dans un cas, Rose a pu noter une augmentation de la calorification après la mort; la température s'éleva de 38°,4 à 39°,6 en sept heures, puis retomba à 38°,8 deux heures après, et se maintint trois heures encore à 37°.

Au point de vue des *causes*, de l'influence des professions, des climats, de l'âge, etc., l'auteur cite surtout les intéressants travaux de Sutton, de Brühl-Cramer et de Magnus-Huss.

Il s'applique ensuite à répartir en diverses classes les variétés principales d'ivrognerie qui mènent à l'alcoolisme. Il faut distinguer avec soin de ce vice la dipsomanie, dont le tableau, tracé par Brühl-Cramer, est reproduit par l'auteur; sans analyser les caractères de ce délire partiel, le plus souvent intermittent, ou mieux, périodique, nous pouvons le définir avec cet observateur « une manie transitoire, précédée de mélancolie. »

L'*alcoolisme chronique* a été fort étudié par Magnus-Huss dont Rose suit la description clinique. Il passe en revue successivement la *forme prodromique* ou période du tremblement, des troubles sensitifs; le malade ne peut échapper que temporairement à ces atteintes en forçant la dose habituelle d'alcool qu'il ingère. L'interruption de ces habitudes de boisson produit souvent le delirium tremens. Les *parésies* sont bientôt suivies d'*anesthésies* : celles-ci portent principalement sur la peau; quelquefois l'insensibilité s'étend à toute la surface cutanée. A côté de cette forme, il en est une autre convulsive et hypéresthésique; elle alterne avec la précédente ou lui succède. Les *troubles intellectuels*, l'*amblyopie*, enfin les *lésions anatomiques* qui accompagnent l'alcoolisme chronique, font le sujet des pages suivantes. A ce titre, Rose étudie le *vomitus matutinus* et ses causes, le *gin-drinkers-liver*, les *congestions pulmonaires* souvent foudroyantes, les *altérations des reins* et l'*artério-sclérose* des buveurs : les modifications *du sang* observées par Franque consistent dans une sorte de rétraction des globules absolument inverse à l'agrandissement de diamètre que leur fait subir l'opium; la crase graisseuse du sang porte à 4,2 p. 0/0 la proportion des matières grasses qu'il renferme (Maresca); Scharlau y a trouvé 30 p. 0/0 d'acide carbonique de plus qu'à l'état normal. A cette altération se rattache l'état spécial que Rose nomme le scorbut des buveurs, et dont il cite de curieuses observations : cette affection qui entraîne quelquefois la mort est anatomiquement constituée par des extravasations considérables de sang qui occupent tous les viscères, mais surtout les enveloppes des centres nerveux. Les gangrènes spontanées de l'alcoolisme chronique paraissent survenir sous l'influence des états pathologiques ci-dessus mentionnés. Rose termine cette description en faisant mention des *altérations de l'encéphale* dans cette affection et qui se résument en un processus, celui de l'atrophie cérébrale.

A propos du *diagnostic*, Rose s'applique à distinguer le delirium tremens du délire nerveux, du délire septique, du délire tardif de la fièvre typhoïde, du délire d'épuisement, du délire qui accompagne le rhumatisme cérébral.

Le *pronostic* est très-étudié, et fondé sur des tableaux de mortalité que l'auteur résume en ces termes :

1° Les blessures les plus graves elles-mêmes et les opérations peuvent guérir malgré le delirium tremens, si on parvient à le guérir avant qu'il ait dépassé le 2e stade;

2° Le délire furieux est toujours une complication redoutable, puisque la moitié de ceux qui en sont atteints succombent;

3° Le danger dépend de la nature de la blessure et de sa gravité;

4° Même s'il n'y a pas de blessure, la mortalité du délirium tremens arrivé au 3e stade dépasse celle que l'on observe après les plus grandes opérations;

5° La mortalité consécutive aux opérations et aux plaies compliquées de delirium tremens dépasse la moitié du nombre des cas si l'on n'arrête la marche des accidents au 2e stade;

6° Le pronostic est fatal quand le blessé doit fournir à une réparation longue et supporter des pertes considérables en pus ou en sang et qu'il est atteint de délire furieux.

Rose s'étend beaucoup sur le *traitement* de l'alcoolisme aigu et chronique. Une seule question, un peu récente, attire ici l'attention; c'est la substitution qu'on a tentée de faire du chloral au chloroforme et à l'opium. Cet agent, préconisé par Curschmann, n'a paru à l'auteur présenter aucun avantage sérieux sur le second et surtout sur le troisième.

IIe vol. ne partie, fasc. 2, par **Richard VOLKMANN.**

Ce fascicule renferme la fin de la description des maladies articulaires et celle des affections des bourses muqueuses, des muscles et des tendons.

Les difformités articulaires y sont l'objet d'une étude spéciale, suivie d'un manuel d'orthopédie où les opérations, les appareils usités pour remédier à ces lésions sont successivement passés en revue. Les difformités elles-mêmes sont rangées dans les classes suivantes :

1° *Difformités d'origine embryonnaire*, comprenant le pied bot congénital;

2° *Difformités développées chez de jeunes sujets et dépendant d'un vice dans la croissance des articulations.* Les causes qui déterminent la production de ces vices de conformation résident principalement, suivant l'auteur, dans une exagération des modifications physiologiques que les extrémités articulaires subissent dans leur évolution. Il faut y ajouter l'inégale répartition des pressions

qui s'exercent sur les surfaces articulaires, l'affaiblissement des résistances qui s'opposent aux déplacements et, par conséquent, l'atonie des muscles, le relâchement des ligaments, le ramollissement des os.

Dans cette catégorie, l'auteur range les déviations verticales et principalement la *scoliose*, dont il étudie les causes et la physiologie pathologique, les lésions, les signes. Un grand nombre de figures facilitent la lecture de ce chapitre. Volkmann attribue une grande influence, dans le développement de cette affection, à l'insuffisance de la courbure normale de la colonne dorsale dont les ligaments, sans cesse tendus dans la plupart des occupations sédentaires, se relâchent et permettent l'inflexion latérale. Les courbures lombaires sont en général compensatrices et consécutives. Le *genou valgus*, le *pied valgus* y sont également compris ;

3° *Difformités myopathiques et névropathiques*, dépendant de paralysies ou contractures complètes ou incomplètes d'un ou plusieurs groupes musculaires, et reconnaissant comme cause efficiente le poids du corps agissant sur le membre paralysé. Dans cette classe, l'auteur assigne une place aux déformations d'origine osseuse, à celles qu'entraîne l'arthrite déformante et spécialement à la déviation des gros orteils.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces descriptions et dans celui du précis d'orthopédie qui les suit. Comme dans la plupart des descriptions classiques, on trouve dans ces articles une netteté d'exposition qui en facilite la lecture, mais nous n'avons à y relever aucun point véritablement nouveau.

Les *maladies de bourses muqueuses* sont l'hygroma aigu et chronique ; l'hématome des bourses muqueuses, et des synoviales tendineuses. Volkmann s'étend à ce propos sur la texture des grains riziformes que l'on y rencontre, et signale l'existence de véritables noyaux cartilagineux dans leur intérieur. Dans l'étude des ganglions articulaires, l'auteur adopte la description clinique des chirurgiens français et leurs théories pathogéniques.

Des *maladies des muscles et des tendons*, la première dont Volkmann entreprenne l'étude est la myosite. La fibre musculaire elle-même ne prend aucune part active à ce processus, et ne montre d'autre modification que des altérations régressives. Seuls, les noyaux du sarcolemme et le tissu conjonctif du muscle (périmysium interne et externe) prolifèrent et présentent les diverses phases de l'évolution inflammatoire. Volkmann classe la myosite en *myosite purulente*, circonscrite ou diffuse ; à cette dernière forme appartiennent la psoïte et les abcès du psoas : en *myosite fibreuse* ou sclérose des muscles ; cette sorte d'inflammation accompagne généralement les lésions profondes et les suppurations du squelette ; en *myosite ossifiante* et en *myosite calcifiante* qui surviennent sous l'influence de l'arthrite sèche.

A côté de la myosite se trouve placée la *ténosite* soit aiguë, soit chronique. La première suppure aisément; le panaris profond, de même que les lésions traumatiques des tendons, sont les causes de cette inflammation suppurative qui détermine la formation du pus à l'intérieur même du tendon, partout où se trouvent des gaînes conjonctives : les fibrilles tendineuses elles-mêmes se nécrosent quand le tissu interstitiel qui les nourrissait est ainsi détruit.

L'*histoire des blessures des muscles et des tendons* et de leur traitement précède le chapitre des *atrophies musculaires* parmi lesquelles Volkmann réserve un long paragraphe à la paralysie pseudo-hypertrophique. L'atrophie musculaire progressive, les dégénérations graisseuse et cireuse des muscles y trouvent aussi leur place.

Les *tumeurs des muscles* sont rapidement décrites, et une page assez intéressante est consacrée au rhabdo-myome ou myome strié, dont l'auteur attribue le développement à l'hyperplasie de quelques fibres musculaires qu'une anomalie congénitale a laissés subsister en un point qui en est, en général, dépourvu. Il s'agirait pour lui dans ce cas de véritables tératomes.

Quelques pages sur la *ténotomie*, ses indications, ses suites, terminent ce long article.

IIIe vol., 1re partie, fascicule 4. — **Maladies de la portion inférieure du pharynx et de l'œsophage, par KŒNIG.**

Quelques considérations sur la dysphagie occupent les premières pages de ce fascicule. Cet article ne présenterait rien de très-saillant, si nous n'y trouvions l'indication de l'essai que l'on a tenté de faire d'appliquer aux troubles de la déglutition l'examen physique par l'auscultation. Hamburger (Clinik d. œsophagus Krankheiten; Erlangen, 1871) prétend se rendre compte des bruits normaux ou pathologiques qui se passent dans l'œsophage, lorsqu'on fait avaler au patient une gorgée d'eau, en portant le sthétoscope un peu à gauche de la trachée, depuis l'os hyoïde jusqu'au creux sus-claviculaire pour la portion cervicale; le long de la colonne vertébrale, de la 1re à la 8e dorsale, pour la portion thoracique de ce conduit.

A l'état normal, on entendrait dans le pharynx un gargouillement sonore, dans l'œsophage un bruit très-net produit par l'air mélangé à la gorgée liquide. Ce bruit permettrait d'affirmer la présence d'un corps ovoïde cheminant de haut en bas dans la région.

Quand l'œsophage est malade, ce signe présente des modifications qui peuvent se rattacher :

1° A une altération de la forme normale du bol. Celui-ci, quand la force musculaire du conduit est diminuée et qu'il se contracte moins régulièrement, affecte une disposition fusiforme remarquable surtout dans les strictures du cardia;

2° Dans les ruptures, les corps étrangers, la dilatation, le rétrécissement, la paralysie de l'œsophage, on n'entend parfois plus aucun bruit;

3° On entend surtout dans ces affections une sorte de raclement qui devient très-manifeste lors du passage d'une sonde;

4° On peut entendre le jaillissement du liquide qui vient frapper les parois avec force quand il existe une dilatation;

5° La régurgitation peut se faire avec fracas dans les rétrécissements, si la contractilité du conduit est conservée au-dessus du point rétréci;

6° La rapidité, la direction même du bruit varient souvent. Ce dernier semble plus profondément situé quand un milieu pathologique, un exsudat pleural par exemple, s'interpose entre lui et l'oreille... etc., etc...

Kœnig met fortement en doute l'exactitude des observations de Hamburger; néanmoins, dans deux cas de cancer de l'œsophage, il a pu entendre une sorte de raclement qui se produisait au niveau de la lésion quand le bol alimentaire la dépassait. Il pense que les signes, dont l'auteur qu'il cite affirme l'existence, sont plutôt théoriques, et que l'auscultation de l'œsophage doit être rendue fort difficile par les bruits qui se passent dans les bronches, la trachée ou les environs.

A propos de la pathogénie des abcès rétropharyngiens, Kœnig attribue au docteur Gautier, de Genève, la découverte des ganglions sous-occipitaux, sur l'anatomie et la pathologie desquels M. Gillette, dont il paraît ne pas connaître la thèse, a le premier donné des détails intéressants et précis.

Les ectasies et le rétrécissement de l'œsophage, les corps étrangers qui s'y arrêtent, la compression de ce conduit par des tumeurs, sa dégénération cancéreuse sont étudiés, et leur description est suivie d'un article sur l'œsophagotomie externe. A ce dernier chapitre sont joints des tableaux donnant le résumé des observations que l'on possède de cette opération. Ils diffèrent en quelques points des indications plus complètes que l'on trouve renfermées dans le travail de M. le docteur Terrier sur ce sujet.

IIIe vol., ne partie, fascicule 6. — **Des rétrécissements de l'urèthre, par Léopold DITTEL.**

Cet ouvrage se recommande surtout par un très-bel atlas de 24 planches coloriées, exécutées avec le plus grand soin, et représentant des cas variés de rétrécissements.

Le texte renferme une étude anatomo-pathologique intéressante des strictures organiques: leur production par la formation d'un tissu conjonctif rétractile, plus ou moins infiltré dans les parties sous-jacentes à la muqueuse, la prolifération de l'épithélium qui

s'ajoute fréquemment à ce processus sont décrits et représentés dans des figures.

Dittel divise les rétrécissements en rétrécissements spasmodiques, inflammatoires et organiques. Ceux-ci même sont dus soit à une prolifération conjonctive, soit à la production de tumeurs néoplasiques, cancers, sarcomes, etc. Les rétrécissements fibreux sont, les uns dus à l'infiltration parenchymateuse de la muqueuse par le tissu conjonctif, les autres à l'existence de formations nouvelles bien circonscrites à sa surface, comme des polypes, des brides, des valvules. Les indurations parenchymateuses elles-mêmes sont ou non cicatricielles ; celles-là dépendent d'un traumatisme ou d'une ulcération qui a déterminé la production d'une inodule; celles-ci se sont spontanément développées et constituent les rétrécissements calleux diffus, noueux ou annulaires. C'est cette induration calleuse diffuse de l'urèthre que Dittel a fort bien représentée dans ses dessins.

Les complications des rétrécissements, la fièvre uréthrale, la cysto-néphrite, la rétention d'urine et l'infiltration urineuse sont plus étudiées que la symptomatologie des rétrécissements eux-mêmes. Les caractères microscopiques et chimiques de l'urine, suivant l'état des complications anciennes ou récentes, sont définis avec soin.

L'auteur, en arrivant au traitement, s'appuie sur des considérations anatomiques dont il a fait précéder son travail Les principaux chapitres à relever sont ceux où il parle du cathétérisme, de la dilatation brusque et de l'urétrotomie externe, enfin de la ponction de la vessie. Sur chacun de ces sujets, les appréciations de Dittel se ressentent de sa qualité d'inventeur. Il manifeste pour ses instruments et ses appareils une prédilection toute naturelle, mais que ne justifie pas toujours leur extrême complication ; en revanche, il traite l'urétrotome à conducteur de Maisonneuve d'invention peu pratique et ne paraît pas connaître le dilatateur de Voillemier plus que ses ouvrages ; le nom de ce chirurgien ne se trouve ni dans l'index bibliographique ni dans le texte même de l'article. Nous citerons seulement, à propos des indications de l'urétrotomie interne, le résumé qu'il en donne et qu'il considère comme le résultat de sa pratique :

1° Les brides et les valvules sont avantageusement traitées par l'incision quand leur siége peut être déterminé avec exactitude ; leurs débris se rétractent et la guérison est en général complète.

2° Les rétrécissements calleux très-limités (de 2 millimètres au plus) se prêtent à la rigueur à l'urétrotomie.

3° La guérison n'est qu'apparente dans ce dernier cas, et ne dure que jusqu'à la cicatrisation, si on n'y joint la dilatation progressive.

4° Cette combinaison est celle qui amène les meilleurs résultats ; il se forme à la place de la section une membrane celluleuse qui

met un temps fort long à se transformer en tissu de cicatrice. Quand le rétrécissement calleux est diffus, l'urétrotomie ne fait qu'ajouter les inconvénients d'une nouvelle rétraction inodulaire à l'action du tissu pathologique.

5 L'urétrotomie interne peut être remplacée par la dilatation brusque qui ne présente aucun des dangers qu'elle entraîne (hémorrhagie, pyohémie, infiltration d'urine, etc.)

Signalons en terminant une nouvelle lacune grave à propos de la ponction hypogastrique de la vessie, opération pour laquelle Dittel préconise encore un de ses appareils : il ne mentionne même pas la ponction capillaire qui, comme moyen palliatif, rend aujourd'hui de grands services dans le traitement des rétrécissements infranchissables. PAUL BERGER.

Club-foot : its causes, pathology and treatment (Pied bot, ses causes, ses symptômes et son traitement), par William ADAMS. (2e *édition*, 1 *vol. in*-8°, 1873, *J. et A. Churchill, London.*)

La première édition de cet ouvrage (1866) n'était qu'un mémoire adressé au collége des chirurgiens pour obtenir un prix proposé par cette compagnie. L'auteur, déjà très-expérimenté, fut couronné ; son œuvre obtint du succès, et la seconde édition, considérablement augmentée, est aujourd'hui un recommandable traité du pied bot.

Lannelongue a fait connaître, dans sa thèse (*Pied bot congénital* agrégat. 1869, Paris), la plupart des idées de l'auteur; nous n'aurons donc pas à insister longuement ici.

L'ouvrage d'Adams, terminé par un appendice, est divisé en vingt chapitres. Dans les trois premiers, il est question des généralités : chapitre Ier, historique de la ténotomie sous-cutanée... ; chapitre II, cicatrisation des tendons après la ténotomie...; chapitre III, valeur comparée de la ténotomie et des appareils mécaniques dans le traitement du pied bot. Les autres chapitres traitent successivement des déformations spasmodiques et paralytiques non congénitales; des variétés de pied bot en particulier : étiologie, anatomie pathologique, symptômes, traitement, complication, statistique, origine héréditaire, etc.

Des lithographies et des gravures montrent le résultat de la section des tendons, à l'œil nu et au microscope. W. Adams démontre ainsi à l'aide de pièces recueillies sur des enfants morts accidentellement, plus ou moins longtemps après la ténotomie, que le cal tendineux, de longueur variable (pour le tendon d'Achille, $^1/_2$ pouce chez un enfant, 1 pouce $^1/_2$ chez un adulte), persiste avec une longueur notable qui allonge d'autant le tendon coupé. Ce cal tendineux, quoique souvent adhérent à la gaîne ou à l'os, n'en reste

pas moins assez mobile pour permettre au tendon de fonctionner normalement.

Adams est partisan de la section de tous les tendons qui peuvent gêner le redressement du pied, et, pour donner une idée de l'esprit pratique qui a présidé à la rédaction de son ouvrage, nous rapporterons en substance ce qu'il dit à propos du varus, de la manière de couper le tendon jambier postérieur et fléchisseur commun des orteils. C'est une opération difficile.

Il faut d'abord chercher le bord postérieur de la malléole interne, ce qui n'est pas facile sur un enfant gras. On est alors réduit à le deviner en se rappelant qu'il répond au milieu du diamètre antéro-postérieur de la jambe. C'est là qu'il convient d'enfoncer le ténotome pointu de manière à ouvrir la gaîne par une simple ponction qui rase le bord postérieur de la malléole. Cela fait, on saisit le ténotome mousse, et s'en servant comme d'une sonde, on cherche la voie faite par le premier instrument et l'on pénètre dans la gaîne, entre l'os et le tendon ; si l'on a bien réussi, la lame est fortement enclavée, le tendon l'appliquant sur l'os la fixe solidement, ce à quoi l'on reconnaît qu'on peut tourner le tranchant vers le tendon pour en opérer la section. Dans ce dernier temps, le bistouri doit rester passif sous peine de s'égarer vers l'artère tibiale postérieure ; c'est à l'aide-chirurgien de redresser le pied fortement dans le but d'appuyer les tendons sur le tranchant. Cette manœuvre réussit très-bien, et si la section s'opère, elle se révèle à la fois et à la main qui tient le bistouri et à celle qui, redressant le pied, sent tout à coup que la résistance a cédé. Ce dernier signe peut cependant manquer, et c'est le cas où les ligaments sont très-courts et très-résistants.

Il importe peu de diviser ou d'épargner le muscle fléchisseur commun ; en général, il vaut mieux le diviser.

Fréquemment, et malgré les précautions les plus minutieuses, l'artère tibiale postérieure est ouverte et sa blessure a pu donner lieu à quelques anévrysmes faux, terminés heureusement. Généralement (Adams a réussi dans tous ses cas, vingt environ), il suffit d'établir une compression méthodique sur le trajet du vaisseau pour amener la guérison en deux ou trois semaines. Sur les enfants, on reconnaîtra la blessure de l'artère moins aux caractères de l'hémorrhagie qu'à la pâleur subite qui envahit la plante du pied.

Tous les chapitres de ce livre sont traités avec le même soin. La fin du volume contient une histoire avec figure, de nature à encourager les ténotomistes vétérinaires. Il s'agit d'un poulain bai, né pied bot du membre antérieur gauche. Ténotomisé et dressé ensuite, *Suspicion* (c'était le nom du cheval,) devint un excellent coureur et remporta plusieurs prix sur le turf, sans jamais broncher.

L. H. FARABEUF.

Relation de deux observations pour servir à l'histoire des tumeurs congénitales de la région ano-coccygienne, par M. BUMAN. (*Extr. du Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse romande, juillet* 1872.)

La découverte de la *glande coccygienne*, décrite par Luschka en 1860, a donné un intérêt particulier à l'étude des tumeurs de la région ano-coccygienne. Quelques auteurs ont voulu faire de cette glande le point de départ du plus grand nombre des tumeurs de la région. Buman signale, à ce sujet, la thèse de Perrin (*La glande coccygienne et les tumeurs dont elle peut être le siége*. Strasbourg, 1860); le mémoire de Braune (*Die Doppelbindungen und angebornen Geschwülste der Kreuzbeingegend*. Leipzig, 1862); le travail de C. Paul (*Arch. gén. de médecine*, 1862); enfin la thèse de Molk (Strasbourg, 1868). Cette thèse, d'après Buman, est d'un grand intérêt; elle contient une classification des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc, dans laquelle, d'ailleurs, les tumeurs attribuées à une dégénérescence de la glande coccygienne n'occupent qu'une place assez restreinte.

Molk reconnaît cinq espèces de tumeurs : 1° les *cysto-sarcomes* et les *sarcomes ;* 2° les *tumeurs enkystées* distinctes du spina-bifida ; 3° les *tumeurs de la glande coccygienne;* 4° les *lipomes* et les *tumeurs caudales ;* 5° les tumeurs dues à une *inclusion fœtale;* 6° les tumeurs *de nature très-complexe*.

C'est dans la catégorie des tumeurs enkystées, ou plus exactement kystiques, que Buman range les deux tumeurs qu'il a observées ; il ne voit aucune raison pour les considérer comme provenant d'une altération de la glande coccygienne. Les deux observations sont très-détaillées ; dans la première, l'examen anatomique n'a pu être fait d'une manière complète, mais un dessin demi-schématique, joint au travail de Buman, indique les connexions et la disposition générale de la tumeur. Dans la seconde observation, l'autopsie a été pratiquée avec soin; deux figures reproduisent l'apparence extérieure et la coupe de la tumeur.

Observation I. *Tumeur congénitale de la région ano-coccygienne opérée à la naissance. Nouvelle opération quinze ans plus tard. Guérison.* — Mlle J. Z., âgée de 15 ans, bien portante, non encore réglée, est venue au monde avec une tumeur de la région ano-coccygienne du volume d'une noix. Cette tumeur fut ponctionnée, puis incisée ; il resta un trajet fistuleux. A l'âge de six ans, une nouvelle tumeur parut et fut de nouveau incisée ; elle suppura et laissa encore une fistule, qui a persisté jusqu'en 1864, époque à laquelle M. Buman fut appelé.

Il constata un orifice fistuleux vers le sommet du coccyx, et un écoulement purulent. Au-dessous de l'orifice, une autre ouverture admettait l'extrémité du petit doigt ; enfin, il existait une tumeur oblongue lisse, arrondie, sans fluctuation, entre ce second orifice et l'anus. Le toucher rectal faisait constater un refoulement du rectum en avant, et une tuméfaction mal définie du plancher périnéal. Le squelet du bassin était intact. La déféca-

tion s'effectuait bien et l'innervation des membres inférieurs était normale.

Une opération fut résolue. L'incision du trajet fistuleux conduisit dans un kyste à parois fibreuses ; la membrane fut excisée; la cavité située au-dessous était tapissée par une membrane également dure et résistante ; elle communiquait avec une autre cavité kystique remplie d'une matière jaunâtre. La dissection et l'excision des tissus indurés donna lieu à une hémorrhagie artérielle. Lorsque la dissection fut achevée, la plaie fut bourrée avec de la charpie.

Les suites de l'opération furent assez simples. Mais, le mois suivant, il sortit par la plaie une certaine quantité de matière cérumineuse et calcaire, puis des matières ayant l'apparence de fèces durcies, bien qu'il n'y eût aucun signe de communication avec le rectum. Une nouvelle opération fut nécessaire, et eut pour résultat l'excision de tissus indurés et infiltrés de matière calcaire. Quelques jours plus tard, une cautérisation au fer rouge fut pratiquée dans le fond de la plaie.

Après quelques accidents, la profondeur de la plaie diminua, et, au bout de deux mois, l'excavation était réduite au volume d'une noix. La menstruation s'établit un mois plus tard, et la cicatrisation ne tarda pas à être complète, mais il restait au périnée une excavation du volume d'une noisette, formée par un tissu cicatriciel. La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Observation II. *Accouchement avant terme. Enfant vivant. Tumeur volumineuse de la région ano-coccygienne. Mort. Dissection de la tumeur.* — La mère de l'enfant était âgée de 25 ans, primipare, enceinte de huit mois. Au début du travail, le toucher fit constater une tumeur dépendant du fœtus, dont la nature resta indécise. L'accouchement se fit spontanément. L'enfant venu vivant, mais paraissant avoir un peu moins de huit mois, portait une tumeur volumineuse à l'extrémité inférieure du tronc ; elle empêchait de le coucher sur le dos. Il ne survécut que quelques heures.

A l'autopsie, on constate que tous les organes sont bien conformés ; notamment les organes génito-urinaires (sexe masculin). La tumeur est arrondie, non bosselée, séparée en deux lobes par un sillon antéro-postérieur. La peau est mobile et saine ; on sent la fluctuation très-distincte d'une moitié à l'autre de la tumeur ; la pression ne réduit pas le volume de la tumeur. Le grand diamètre mesure 14 centimètres, la grande circonférence 32 centimètres. La circonférence au niveau du pédicule a 15 centimètres.

Au-dessous de la peau incisée existe, en un point, un thrombus diffus. Une lame fibreuse sous-cutanée se continue avec les aponévroses de la fesse ; au-dessous de celle-ci on trouve des fibres musculaires des fessiers étalées, surtout sur le lobe droit. Le coccyx est refoulé en arrière et fait un angle droit avec le sacrum ; il adhère au raphé qui sépare les deux lobes. Au niveau du ligament sacro-sciatique droit existe une petite tumeur fluctuante, transparente, en communication avec le lobe droit. Ce lobe renferme un liquide jaunâtre, visqueux, sanguinolent. Le lobe gauche renferme un liquide analogue, mais plus dense. Les parois sont formées par une membrane nacrée, lisse. Dans le lobe gauche est contenu, à la partie supérieure, un corps arrondi, sessile. du volume d'un citron, adhérent aux parois, formé de tissu fibreux circonscrivant des vacuoles irrégulières, remplies d'un liquide visqueux. Aucune apparence de débris fœtaux. Les organes du petit bassin ont leurs rapports habituels. Le sacrum n'offre aucune altération sur sa face antérieure.

Après avoir résumé les caractères principaux des tumeurs qu'il a observées, et montré combien il est difficile d'arriver à une opinion précise relativement à leur origine, Buman conclut que, dans des cas analogues, le praticien doit intervenir immédiatement après la naissance, si l'état de l'enfant le permet. Il pense que la dissec-

tion et l'extirpation de la tumeur sont le meilleur mode de traitement. Il pourrait être utile de pratiquer le morcellement de la tumeur si elle était volumineuse, en même temps que peu vasculaire.

E. DELENS.

Clinical lecture on some of the conditioning circumstances attending the evolution of cancer, par J. W. HULKE. (*Med. Times and Gaz.*, 8 *févr.* 1873, *t. I, p.* 134.)

Dans cette leçon, Hulke cite plusieurs faits qui montrent l'influence que les violences extérieures et quelques conditions locales semblent exercer sur le développement du cancer.

On sait avec quelle facilité les malades rapportent à un coup reçu l'origine de leur mal. Mais c'est pour l'épithélioma bien plus que pour les autres formes de cancer que l'influence d'une action extérieure peut être admise. Pour les fumeurs, il semble réellement que le contact d'un tuyau de pipe dur ait de l'influence; le contact du cigare ne produit pas les mêmes effets ; Hulke cite aussi une observation dans laquelle un choc unique a été suivi du développement d'un cancer.

Observation I. Un garçon d'écurie de 68 ans, reçu en août 1871, présentait une tumeur bosselée et ulcérée, occupant toute la moitié gauche et la partie postérieure de la moitié droite de la voûte palatine ; le voile du palais était épaissi, rigide et inégal. Le malade racontait que, douze ou treize mois auparavant, un enfant qu'il tenait dans ses bras, lui avait, dans un mouvement brusque, enfoncé le tuyau de sa pipe dans la bouche, et que l'extrémité de celui-ci avait fait à la voûte palatine *une petite plaie* qui saigna abondamment quelques minutes. Peu de temps après, se développa la tumeur actuelle.

Une première ablation fut suivie de récidive, et la tumeur devint inopérable. Le malade mourut seize mois après le début de l'épithélioma.

Un cas analogue a été communiqué à l'auteur par son collègue de Morgan.

Les gencives sont, plus souvent que la voûte palatine, le point de départ d'un épithélioma, sans doute à cause de l'action plus immédiate à laquelle elles se trouvent soumises de la part des dents, pendant la mastication. Ce fait est évident dans le cas suivant :

Observation II. Un vieux laboureur édenté, reçu en 1867, portait une petite tumeur oblongue sur la gencive qui recouvrait l'arcade alvéolaire affaissée de son maxillaire supérieur gauche, au niveau de l'incisive latérale inférieure, *la seule dent qui lui restât*. La tumeur datait de douze mois, et le malade dit qu'elle avait débuté par une petite excoriation au niveau du point où la gencive subissait le frottement de sa dent. L'examen de la tumeur, après ablation, montra que c'était un épithélioma.

Hulke cite ensuite plusieurs cas dans lesquels, avant qu'une exci-

tation mécanique intervînt, il y avait une cicatrice irritable des tissus *(an irritable scar)*.

Observation III. Une infirmière de 47 ans présentait à la partie latérale droite de la colonne vertébrale, au-dessous de l'angle de l'omoplate, une ulcération ovale offrant tous les caractères d'un épithélioma. Cette femme avait eu, à l'âge de sept ans, une brûlure grave de cette région. Depuis trois ans environ, la cicatrisation était complète, mais la cicatrice très-mince. Il y a quatre mois, cette infirmière fut poussée par une folle contre l'angle d'une caisse qui vint la frapper au niveau de cette cicatrice. Une quinzaine de jours après, elle reçut encore un autre coup au même endroit déjà excorié, ce qui le fit saigner.

L'ablation de cette ulcération et d'une zone de la cicatrice sur laquelle elle reposait n'a pas été suivie de récidive.

Observation IV. Un laboureur de 64 ans, admis en 1871, présentait sur la face dorsale et à la partie interne de l'avant-bras droit une tumeur végétante, ovalaire, qui s'était développée au niveau de la cicatrice d'une plaie produite par une roue de voiture, dans son enfance. Pendant trente ans, la cicatrice resta intacte. Il y a dix ans environ, elle s'excoria, et depuis, l'ulcération a toujours progressé. Elle offrait tous les caractères d'un épithélioma. Le bras fut amputé au-dessus du coude. Le malade guérit. L'examen microscopique confirma le diagnostic.

En 1864, Hulke a décrit, sous le nom d'*ichthyose de la langue*, un état particulier de la muqueuse de cet organe. Il a eu récemment l'occasion de voir un cas dans lequel cette altération a précédé le développement d'un épithélioma.

Observation V. Un laboureur de 50 ans, vigoureux, admis en août 1871, portait une ulcération étroite sur la face dorsale de la langue, à gauche, s'étendant presque de la pointe à la base; les bords de l'ulcération étaient indurés. La moitié droite de la face dorsale de la langue présentait plusieurs plaques dures blanchâtres et roussâtres, formant un léger relief à la surface de la muqueuse qui, au-dessous d'elles, paraissait souple et saine. Ces plaques dataient de plusieurs années; le malade ne s'était aperçu de l'existence d'une ulcération que quatre mois avant son entrée à l'hôpital.

Hulke a observé quatre autres faits semblables, et sir James Paget en a vu un également; ce qui, en comptant le cas précédent, forme un total de six observations d'épithélioma de la langue, précédé par ces plaques de la muqueuse linguale. Dans ces cas, l'épithélioma a eu une marche rapidement fatale.

C'est dans les *Clinical Society's Proceedings*, en 1869, que Hulke a publié le résultat de ses recherches sur cette affection particulière. Il a constaté, au microscope, que ces plaques sont formées par des excroissances épithéliales et papillaires.

E. DELENS.

De l'ostéomyélite consécutive aux plaies par armes à feu, par le Dr BŒCKEL. (*Mém. de la Soc. médic. de Strasbourg*, 1872.)

Ce travail, basé sur six observations qui, malheureusement, laissent un peu à désirer sous le rapport des détails cliniques, est

destiné à faire connaître les diverses formes qu'affecte l'ostéomyélite à la suite des plaies d'armes à feu. Indépendamment de l'ostéomyélite aiguë, primitive ou consécutive à une amputation, affection assez bien connue dans sa marche et ses rapports avec l'infection purulente, sinon dans tous ses symptômes, l'auteur distingue plusieurs formes chroniques qui diffèrent par les lésions qui les accompagnent. Ce sont, d'abord, l'ostéomyélite chronique, aboutissant à de vastes abcès intra-osseux, sans nécrose du tissu compacte; puis l'ostéomyélite nécrosique, caractérisée par l'élimination tantôt de séquestres circulaires (moignons d'amputés), plus rarement de fragments étendus de la diaphyse osseuse. L'observation IV de M. Bœkel en est un bel exemple. Enfin, il existe une troisième forme d'ostéomyélite à marche lente, sur laquelle insiste tout spécialement l'auteur, et qu'il appelle ostéomyélite granuleuse. Dans cette forme, le canal médullaire est tapissé par une membrane de nouvelle formation, constituée par des bourgeons charnus vasculaires, sans séquestre central. Il est impossible de ne pas voir avec l'auteur, dans cette lésion, un processus de réparation, et ceci concorde bien avec la longue durée du travail pathologique chez le malade qui fait l'objet de l'observation, car chez lui la mort ne survint qu'un an après la blessure.

Tout en reconnaissant l'intérêt de ces divisions anatomo-pathologiques, nous croyons qu'elles doivent rentrer dans l'histoire des terminaisons de l'ostéite en général, et nous sommes frappés de la grande similitude, pour ne pas dire de l'identité, qu'elles présentent avec les formes décrites par M. Sézary dans des cas d'inflammation des os non consécutive à des plaies d'armes à feu. Nous eussions désiré trouver, comme complément à ce travail, un aperçu plus détaillé des signes qui permettent de reconnaître ces différentes formes; mais c'est là un point qui est loin d'être élucidé, car l'auteur se borne à faire ressortir l'obscurité du diagnostic au lit du malade.

H. R.

Geschichte und Theorie des Mechanismus der Bruchbildung (Mécanisme de la production des hernies : historique et théorie), par le Dr WERNHER. (*Archiv. für klinische Chirurgie, vol. XIV, 2e fascicule, p.* 161, *et 3e fascicule, p.* 409.)

Dans ces articles, où l'auteur fait preuve d'un sens critique fort juste et de beaucoup d'érudition, les opinions diverses qui ont été émises sur le mécanisme de la production des hernies sont rapportées à trois théories principales.

La première fait intervenir comme cause efficiente la pression intra-abdominale qui, se concentrant sur les points les plus faibles

des parois, y détermine la formation d'un sac péritonéal. Cette théorie est celle de Réneaulme et de Garengeot, reprise par Scarpa et Boyer : l'auteur, pour le dire dès à présent, l'adopte en grande partie.

La seconde comptait, avant le milieu du XVIIIe siècle, Rost et Benevoli parmi ses adhérents, Richter l'a soutenue, et, dans ces derniers temps, Kingdon (*Medic., chir. transact.*, 1864) a cherché à la faire revivre en combattant les objections que Vood (*On ruptures;* London, 1863) lui avait opposées. D'après ces auteurs, la longueur normale du mésentère ne permettrait pas à l'intestin d'entrer dans la composition des hernies, et il faudrait admettre la préexistence d'un allongement pathologique de ce repli dans tous les cas où l'intestin vient presser sur les parties déclives des parois abdominales et y déterminer la production d'un trajet et d'un sac herniaires. — Les auteurs qui soutenaient cette opinion se fondaient sur la disposition qu'un individu atteint de hernie présente à être affecté de nouveaux déplacements semblables, sur la diathèse herniaire, si l'on peut employer ce mot ; ils invoquaient, en outre, des faits d'anatomie normale et pathologique qui ont été contestés par Scarpa, l'adversaire déterminé de cette théorie.

Malgaigne, en niant la brusque formation d'un sac herniaire, J. Cloquet, en traçant l'histoire de la hernie graisseuse, Cruveilher et Demeaux, en étudiant la locomotion du péritoine et les transformations du tissu cellulaire qui le double, furent les fondateurs d'une théorie nouvelle, celle de la préformation du sac. Celle-ci n'a jamais été présentée d'une manière plus absolue que ne le fait actuellement Roser (*Arch. f. phys. Heilk.* N. F. 2e vol.). Ce chirurgien admet encore avec Cloquet l'entraînement du péritoine par le lipome herniaire ; avec Kirby (Lectures on hernia. *London med. and surg. Journ.*), il pense que le sac s'accroît par une sorte d'hypertrophie et non par distension.

Ces idées sont défendues aujourd'hui par Linhart (*Vortræge ü. Unterleibsbrüche*, Würtzbourg, 1866), Sherpenhuyzen (*De Pathogenie des Unterbeuksbeuken*, Utrecht, 1873) et Zinn (*Diss. prædisp. Z. Hernien*, Zürich, 1853).

Mais la généralisation excessive que leur avait donnée Roser fut combattue par Streubel (*Schmidt's Jhb.*, 1858), Emmert, Dantzel (*Herniologische Studien*, Hamburg), Horn (*Untersuch. ü. d. Entstehen von Hernien*, Giessen, 1869), et par E. Richter (*Zur Lehre v. d. Unterleibsbrüchen*, Leipzig, 1869).

A son tour, Wernher bat en brèche les opinions de Roser ; il s'applique à démontrer que la préexistence du sac n'est nullement prouvée dans le plus grand nombre des hernies et que, bien au contraire, il existe souvent des circonstances qui en excluent la possibilité. Il fait voir que les hernies sont fréquentes principalement à un âge où les trajets communiquant avec le péritoine se sont oblitérés.

Quant au rôle de la hernie graisseuse dans le mécanisme de la formation du sac, il est nul suivant lui. L'auteur fait ressortir avec beaucoup d'à-propos le manque absolu de toute cause capable de produire et d'expliquer cette locomotion de dedans en dehors du peloton adipeux ; mais il va peut-être un peu loin en niant qu'à la suite d'un amaigrissement rapide le péritoine puisse s'enfoncer dans les vides que laisse autour de lui la résorption partielle des masses de graisse situées à sa face externe.

Wernher aborde ensuite la théorie de Réneaulme et Garengeot et montre combien les raisonnements et les expériences que Roser et Linhart lui opposent sont peu fondés. Ces auteurs, en effet, veulent soumettre l'évaluation de la pression intra-abdominale aux lois de l'hydrostatique et oublient que les intestins sont des corps solides quoique distendus par des fluides, et que même à l'état physiologique, la contraction des muscles de l'abdomen concentre ses efforts sur des points déterminés, vers le périnée, par exemple, dans la défécation. Il serait à plus forte raison inadmissible d'appliquer le principe de Pascal aux organes contenus dans la cavité abdominale et à ses parois, surtout dans l'état pathologique.

L'observation prouve, au contraire, que ce sont les points faibles de celles-ci qui se laissent distendre par les pressions intérieures considérables ; l'inclinaison du bassin paraît également avoir quelque influence sur cette inégale répartition qui triomphe de la résistance des parties fibreuses et surtout des anneaux. — Pour que le sac se produise, il ne faut plus qu'une condition, c'est la locomotion du péritoine. Or, si ce dernier ne cède pas à un effort brusque, il se laisse entraîner par des actions mécaniques de chaque jour, de chaque instant. Il ne faut donc pas s'étonner que Linhart, cherchant à déterminer la production d'une hernie par des pressions violentes sur le ventre d'un cadavre, n'ait obtenu aucun résultat ; Ces conditions mécaniques de la production des hernies sont complexes et l'expérimentation ne parviendra pas de sitôt à les reproduire.

Wernher conclut à l'adoption de la théorie ancienne qui de toutes réunit en sa faveur le plus de preuves directes et compte le moins d'objections sérieuses. PAUL BERGER.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne, par G. FÉLIZET. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Malgré les efforts consciencieux de l'auteur, la lecture de son important travail est difficile et ne saurait être profitable si l'on n'a un crâne sous les yeux et un traité de mécanique appliquée à la main. On trouvera ici un résumé des idées, expériences, et conclusions qui m'ont paru les plus intéressantes.

Cette thèse est ornée de belles planches en phototypie dont l'une attire tout d'abord l'attention : sur l'intérieur de la base d'un crâne décalotté, ont été tracées une cinquantaine de fractures observées à l'hôpital, à l'amphithéâtre, à la suite d'expériences, ou dans nos musées. Ce qui frappe en examinant ce dessin, c'est que certaines parties sont toujours ou presque toujours respectées, tandis que d'autres sont très-souvent fracturées. Ainsi, la gouttière basilaire et la demi-circonférence antérieure du trou occipital forment un îlot absolument intact. C'est, au milieu de la base du crâne, un centre résistant vers lequel viennent mourir le plus grand nombre des fissures. Celles-ci sont réunies en groupes symétriques, par six rayons relativement respectés qui sont situés : deux sur la ligne médiane, l'un en avant, la crête frontale et la bosse nasale, l'autre en arrière, la bosse et la crête occipitales internes; deux de chaque côté, la grande aile du sphénoïde et le rocher, ce dernier pourtant assez fréquemment intéressé, mais toujours en des points d'élection. Les groupes de fissures occupent donc de chaque côté : 1° le plafond orbitaire entre la bosse nasale et la grande aile; 2° la fosse temporale entre la grande aile et le rocher; et 3° la fosse occipitale entre le rocher et la crête occipitale interne.

Les crêtes frontale et occipitale forment des contre-forts qui n'appartiennent pas à proprement parler à la base, mais s'élèvent vers le sinciput en s'amincissant graduellement. De même, les pièces résistantes ou poutres du plancher crânien, la grande aile et le rocher, se relèvent sur les côtés formant de véritables murs-boutants plus solides que les parties intermédiaires. Le contre-fort naso-frontal est soutenu par les os nasaux et maxillaires supérieurs; la grande aile ou pièce orbito-sphénoïdale s'appuie sur l'os de la pommette et se continue en haut par la crête temporale du frontal; le rocher enfin confine à l'arcade zygomatique et à l'épais angle postérieur du pariétal.

Au sommet de la tête, il n'y a plus d'apparence de renforcement; c'est une région indifférente où les fissures ont le champ libre. Au contraire, dans les régions qui avoisinent la base, front, tempe, occiput, l'influence des contre-forts ou murs-boutants se fait sentir : le plus souvent, ils barrent le chemin aux fissures et les dirigent vers la base dans leurs intervalles. Si, comme le voulait Aran, les fractures gagnaient la base par le plus court rayon, elles n'épargneraient pas nécessairement les murs-boutants.

Pour étudier le mécanisme de résistance du crâne, Félizet expérimente de la manière suivante : Un crâne est enduit de cirage et précipité sur une dalle blanche; une empreinte en résulte, variable avec l'aplatissement momentané que subit l'os en touchant le sol. Si le crâne était une sphère creuse, à peu près homogène, ces empreintes seraient toujours circulaires comme le sont celles que l'on obtient en opérant avec une bille d'ivoire. Quand on laisse tomber

le crâne d'une faible hauteur, 50 centimètres, sur le vertex, la tache noire est aussi sensiblement circulaire; si on le laisse tomber de 1 mètre, l'aplatissement du vertex est allongé d'avant en arrière, ce qui indique que la courbe antéro-postérieure a fléchi plus que la courbe transversale; enfin, si le crâne tombe de 1 m. 50 cent., il casse d'avant en arrière et la tache allongée en travers montre que la courbe transversale, avant ou après sa rupture, s'est plus redressée que la courbe antéro-postérieure. Vu l'absence de contreforts au sommet de la tête, c'est cette région qu'il faut choisir pour rechercher l'influence du volume, de la forme, de la masse, de la vitesse et de la direction des corps contondants.

Dans le but de déterminer le rôle des murs-boutants, Félizet précipite un crâne noirci de manière à ce qu'il touche le sol soit sur les côtés du front ou de l'occiput, soit sur les tempes. Il obtient, dans ces cas, des empreintes à grand diamètre horizontal d'après lesquelles il conclut à l'écartement des deux contre-forts voisins qui laissent la courbe horizontale s'enfoncer et même se briser pendant qu'ils semblent soutenir la courbe verticale.

Il pense donc que le corps contondant qui touche l'intervalle de deux contre-forts, agit sur ces derniers, à la manière d'un coin sur les fibres du bois qu'il sépare. La fente rencontre-t-elle un trou, elle s'y arrête; et si l'on fait de grands efforts, ou bien elle franchit le trou, ou bien l'une des pièces écartées se rompt en travers. C'est ce qui arrive souvent au contre-fort sphénoïdale au niveau des trous de son pédoncule et au rocher lui-même, au niveau de son point faible. Voici des exemples : Un choc violent atteint une bosse frontale et enfonce la courbe horizontale, c'est-à-dire produit une fissure verticale propagée au plafond orbitaire. Cette fissure peut s'arrêter au fond de l'orbite, dans la fente sphénoïdale, ou bien, au contraire, traverser le pédoncule de la grande aile, celle-ci ayant été fortement déjetée en dehors, comme le montre alors très-fréquemment, une fracture médiate et verticale de la mâchoire supérieure. De même d'après Félizet, dans les chocs sur le côté de l'occipital, le rocher jeté en avant pourra se rompre en son point le plus faible ou même à sa base, suivant la direction et l'intensité de la force tranchante.

Félizet s'étant proposé de porter les derniers coups à la théorie de l'Académie de chirurgie sur le sphéroïde crânien et les contre-coups, je pourrais emprunter encore bien des arguments à son travail qui n'a pas moins de quatre pages de conclusions!

J'aime mieux indiquer un procédé utile qu'il conseille pour remplacer un crâne enlevé à l'autopsie, sans défigurer le sujet. On fait, en travers du cuir chevelu, l'incision ordinaire bi-mastoïdienne; on rabat les téguments très-loin, en arrière et en avant, de manière à faire passer un trait de scie au-dessous des plafonds orbitaires et de la base du crâne, pour séparer la face et la colonne vertébrale. Le crâne enlevé, on imprime fortement le front et les arcades orbi-

taires dans un bloc d'argile que l'on remplit ensuite avec du plâtre délayé. On obtient ainsi un avant-crâne solide que l'on complète n'importe comment et qui, mis en place, reproduit la ressemblance du sujet.

L. H. FARABEUF.

On diseases of the rectum, etc., par William ALLINGHAM. (2e *édit.*, 1 *vol. in*-8°, 263 *pages, London, J. and A. Churchill*, 1873.)

L'ouvrage de W. Allingham est arrivé à sa deuxième édition et a pris place à côté des travaux de Curling et de Smith.

Les maladies du rectum y sont étudiées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement; l'auteur s'adresse avant tout aux praticiens.

Dans le chapitre Ier qui sert d'introduction, on trouve une statistique intéressante de quatre mille cas de maladies du rectum observées par Allingham à Saint-Mark's Hospital. Dans ce nombre, les *fistules* figurent pour le chiffre de 1208; par ordre de fréquence viennent ensuite les *hémorroïdes* (965) et la *fissure* (446).

L'auteur insiste sur la nécessité de l'examen complet du rectum, et indique la manière d'y procéder. Chez les femmes, en administrant le chloroforme, il a pu arriver à introduire *la main entière* dans le rectum et à découvrir ainsi des lésions ou des obstacles que le toucher rectal seul ne pouvait atteindre. Allingham ne croit pas cette manœuvre susceptible d'être employée chez l'homme.

Les chapitres suivants sont consacrés aux fistules à l'anus, aux hémorroïdes, à la fissure (*painful ulcer*), aux polypes et aux ulcérations du rectum, aux rétrécissements, à la procidence de la muqueuse, au prurit anal, à l'accumulation des matières fécales, au cancer et à l'ulcération rongeante (*rodent ulcer)* que l'auteur tend à rapprocher du cancer épithélial, mais qui en diffère par le peu de tendance à envahir les tissus voisins et par l'absence de retentissement du côté des lymphatiques.

Un dernier chapitre réunit quelques affections rares du rectum, les tumeurs villeuses (*villous tumours*), la névralgie, la gonorrhée, et la menstruation supplémentaire par le rectum.

Dans deux cas d'affections très-douloureuses considérées comme étant de nature névralgique, mais dont Allingham incline à placer le siége dans l'articulation sacro-coccygienne, il a réussi à guérir ses malades par la *désarticulation du coccyx*. Ce sont là, sans doute, des faits analogues à ceux qui ont été décrits, en France, par M. Nélaton, sous le nom de *coccyodynie*.

Cet ouvrage renferme un grand nombre d'observations et présente un exposé clair des symptômes propres à chaque affection et du traitement à instituer. C'est évidemment l'œuvre d'un praticien

consommé. Mais on peut regretter que l'auteur n'ait pas tenu plus de compte des travaux publiés à l'étranger et notamment en France. E. DELENS.

Cases of Injury to the Nervous System by the Explosion of Shell (Désordres du système nerveux dus à l'explosion des obus), Benjamin RHETL, of Abbeville, South-Carolina. (*The American journal of the medical sciences*, 1873, *n°* 129, *p.* 90-92.)

L'auteur, considérant les formidables effets produits sur des constructions extrêmement résistantes par l'explosion des gros projectiles, appelle l'attention sur des désordres nerveux qu'il explique par le simple fait de l'explosion d'obus près des individus qui ont présenté ces désordres. Sur les six observations qu'il publie, les deux premières ont trait à des individus dont l'un, après avoir eu des accidents convulsifs, guérit complétement, tandis que le second, pris de constracture généralisée, survécut en restant hémiplégique; ni l'un ni l'autre ne présentaient aucune trace de lésion extérieure. Le troisième mourut dans le coma et la résolution, n'ayant d'autre lésion qu'un séton sous-cutané à la partie externe de la jambe.

Les blessés des observations IV et V avaient des lésions sérieuses du crâne. Chez l'un, le fracas des os de la tête et les désordres graves du thorax (ecchymose et emphysème de toute la partie supérieure du corps) sont-ils bien, comme le croit l'auteur, le résultat de l'explosion? On conçoit mieux que l'explosion ait violemment projeté le blessé contre quelque surface résistante où il se serait brisé. Enfin, la sixième observation tend à remettre en honneur le vent du boulet.

Un soldat de faction tenait son fusil à bout de bras par le canon et la crosse à terre; il dit qu'un obus a passé sous son bras entre la poitrine et son fusil. A l'hôpital on le traita pour une contusion ayant produit sur la peau une coloration pourpre jaune et verte, depuis le sein jusqu'à la crête iliaque, et de l'ombilic au dos du côté droit. Il n'avait aucune trace de scorbut. CH. PÉRIER.

TRAVAUX A CONSULTER.

On fibrinous concretions in the right side of the heart, as a cause of death after surgical operations (Sur les concrétions fibrineuses du cœur droit, comme cause de mort après les opérations chirurgicales), par J. FAYRER. (*Med. Times and Gaz.*, 18 *janv.* 1873, *t. I, p.* 58.)

Dans plusieurs articles publiés en 1866 (*Indian medical Gazette*) et en 1867 (*Indian Annals*), J. Fayrer a précédemment appelé l'attention sur

cette cause de mort qu'il a eu l'occasion d'observer souvent, même après des opérations de peu d'importance.

Ces concrétions se forment dans les cavités du cœur, qu'elles remplissent et sur l'orifice desquelles elles se moulent. Quelquefois elles n'ont que juste le volume nécessaire pour obstruer l'orifice de l'artère pulmonaire; mais c'est peut-être là la forme la plus dangereuse.

Toutes les causes débilitantes qui déterminent l'hypérinose du sang chez les opérés peuvent, d'après Fayrer, amener la formation de ces coagulations. Les préparations ferrugineuses, les hyposulfites, d'après Polli, les alcalins, suivant Richardson, unis à de bonnes conditions hygiéniques, seraient capables de modifier favorablement la composition du sang et de s'opposer à la formation des caillots.

Fayrer rapporte l'observation détaillée d'un marin anglais de 39 ans, d'une bonne santé, habitant Calcutta, qui eut une rétention d'urine pour laquelle il fut sondé le 19 juillet 1870. Il avait un léger rétrécissement de l'urèthre. Dans l'après-midi, il fut obligé d'entrer à l'hôpital; il souffrait d'une douleur vive dans l'abdomen, à la base de la poitrine; l'urine était un peu teinte de sang; il avait eu un frisson, du délire et de la fièvre. Le lendemain, les symptômes s'aggravèrent, la respiration s'embarrassa et il mourut le 20 juillet, dans la soirée. A l'autopsie on trouva un caillot volumineux dans l'oreillette droite; il se continuait dans le ventricule et jusque *dans les plus petites ramifications de l'artère pulmonaire.* Il n'y avait pas de déchirure au niveau du rétrécissement. E. D.

Zur Kenntniss der Verhältnisse localer Temperaturerhöhung zur Gesammttemperatur (Contribution à l'étude du rapport qui existe entre l'élévation de température locale et la température générale), par le Dr Max HUPPERT, à Coldits. (*Archiv der Heilkunde*, 1873, 1re *livr.*)

L'auteur a fait une série de mensurations sur la tunique vaginale d'un opéré d'hydrocèle. Ces recherches ont confirmé le fait avancé par Hunter, que la tunique vaginale perd de sa température immédiatement après l'opération et en gagne au bout de quelque temps. Voici les conclusions auxquelles Huppert est arrivé :

1° La température de la cavité vaginale — hydropique — du testicule est de 35° cent. (à 33°), et par conséquent elle diffère de 2° (à 4°) de la température normale du corps.

2° A l'intérieur de cette cavité séreuse la température est variable suivant les directions.

3° L'excitation mécanique produit, au bout de quelques heures, une élévation de 0°5 à 2°5 sans que la température du sang soit augmentée de plus de 0°5 au maximum. Dans ces cas, on constate néanmoins la variation que présentent les différentes parties de la tunique vaginale, parfois même d'une manière plus prononcée.

4° Presque en même temps que la température locale, la température générale s'élève aussi. Mais l'élévation de la température générale est relativement plus faible que celle de la température locale; il arrive ainsi que la différence entre ces deux températures diminue dans la période d'inflammation de la tunique vaginale. Cependant la température

générale est toujours plus élevée que la température locale du même moment.

5° Ces deux températures présentent une marche concordante ; cependant les variations de température générale précèdent toujours celles de la température locale, à moins de se produire en même temps. KLEIN.

Contribution à l'histoire de l'érysipèle chirurgical, par M. Léo TESTUT, interne du service de M. Denucé, de Bordeaux. (*Bordeaux médical, n° 4, 1873.*)

L'auteur analyse onze cas d'érysipèles qui ont sévi dans le service chirurgical de M. le professeur Denucé. Dans presque toutes les observations, la période d'ascension thermique a été très-rapide, atteignant son maximum, 24 ou 36 heures après l'apparition du frisson ; dans quelques cas, l'élévation de la température a précédé de quelques heures l'apparition de l'exanthème; la période d'acmé est remarquable par les oscillations nombreuses variant avec les poussées érysipélateuses ; la défervescence a été brusque et la température est toujours tombée au-dessous de la normale (une fois à 35° 4) pour se relever lentement les jours suivants.

M. Denucé a essayé l'emploi du collodion dix fois sur onze et a obtenu huit succès. L'érysipèle enfermé dans cette barrière de collodion ne s'étend pas davantage ; il a une tendance à devenir phlegmoneux et à se terminer par abcès. Dans la majorité des cas, la marche envahissante de l'exanthème est toujours retardée, à moins que l'on ait employé du mauvais collodion. Lorsque l'érysipèle a une tendance à franchir la traînée collodionnée, M. Denucé propose de disposer deux traînées concentriques à deux ou trois centimètres de distance l'une de l'autre, la première étant elle-même distante de quelques millimètres de la nappe érysipélateuse. HENRI HUCHARD.

Contracted Finger (Rétraction des doigts), Dr MORGAN. (*The surgical Society of Ireland, 17 janvier 1873. — Med. press. and circul., 5 février 1873, p. 119.*)

Ayant eu l'occasion, récemment, de pratiquer, *sur la demande du malade*, l'amputation d'un doigt rétracté, le docteur Morgan a pu examiner l'état des différents tissus et les modifications qu'il avaient subies. Il a trouvé que la cause de la rétraction siégeait non pas dans les tendons, comme on l'admet depuis Boyer, mais *dans les ligaments latéraux* qui étaient rétractés. Dans ce cas, la section de ces ligaments, qui n'a jamais été essayée, suffirait, sans doute, pour remédier à la difformité. Reste à savoir si le raccourcissement des ligaments est primitif ou consécutif à une rétraction des tendons fléchisseurs. Morgan suppose que ce raccourcissement est plutôt secondaire. Il ne s'agit pas, bien entendu, des cas dans lesquels l'aponévrose palmaire est atteinte de rétraction.

E. D.

Von der definitiven Heilung der Fracturen des Schenkelhalses (De la guérison définitive des fractures du col du fémur), von Professor X. KŒNIG, de Rostock. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, n° 3, 14 février 1873, p. 247-283, 1 planche.*)

D'après J. Wolf, quand une fracture est définitivement guérie, c'est-à-dire quand l'os a recouvré ses fonctions le plus complétement possible, ce ne sont pas les parties osseuses avoisinant immédiatement le lieu de la fracture qui sont seules modifiées, mais, à une distance plus ou moins grande, se sont développées de nouvelles lamelles de tissu spongieux, formant un système de résistance différent de celui préexistant avant la fracture, et disposé de façon à répondre aux nouvelles conditions de statique de l'os. Kœnig examine cette théorie, en étudiant des fractures bien consolidées du col du fémur, avec pénétration du col dans l'épaisseur du grand trochanter, et démontre, pièces en main, qu'il n'existe point pareil nouveau système de lamelles, et que le trait de la fracture est formé par les anciennes lamelles fracturées, fondues ensemble dans une cicatrice osseuse, solide et compacte. H. TH.

Des hémorrhagies dans les plaies d'armes à feu, par le Dr BŒCKEL. (*Mém. Soc. méd. de Strasbourg, t. IX, 1872, p. 74.*)

A l'exemple de la plupart des chirurgiens, l'auteur divise les hémorrhagies en primitives et consécutives. Les premières sont presque toujours mortelles, soit immédiatement, soit par la gangrène du membre qui résulte du traumatisme de l'artère ; les secondes reconnaissent pour origine plusieurs causes différentes : tantôt c'est l'état général et la pyohémie qui les détermine, tantôt c'est une cause mécanique, telle que le stylet du chirurgien, l'élimination d'une esquille osseuse, l'action corrosive du pus. Nous devons ajouter pourtant que les observations annexées au mémoire ne nous semblent nullement démonstratives et qu'elles sont susceptibles d'une tout autre interprétation que celle de l'auteur. La conclusion pratique est qu'il faut, autant que possible, lier les deux bouts de l'artère dans la plaie ; c'est d'ailleurs la conduite qni est adoptée par une grande partie des chirurgiens d'armée. H. R.

Des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon, par le Dr L.-F. CADOT. (*Thèse de Doctorat, Paris, 1872.*)

Pour le traitement des fistules du conduit de Sténon qui siégent *en avant du bord antérieur du masséter*, les meilleurs résultats sont fournis par le procédé de Deguise modifié par M. Gosselin. Lorsque l'orifice fistuleux siége *en arrière du bord antérieur du masséter*, le procédé de Deguise est encore applicable, mais avec la modification due à M. Trélat et décrite dans cette thèse.

L'auteur pense que, dans les cas où tout autre traitement aurait échoué, on pourrait essayer la *ligature du canal de Sténon* proposée par Viborg,

il y a longtemps. Chez les animaux elle a pour résultat l'atrophie de la glande sans phénomènes inflammatoires bien marqués. A l'appui de cette opinion, est citée une observation de Borel publiée dans la *Gazette des hôpitaux* en 1859 et qui semble prouver que la suppression de l'écoulement de la salive par le canal de Sténon ne détermine pas chez l'homme d'accidents graves. Néanmoins la ligature de ce conduit n'a pas encore été tentée. E. D

Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures par coups de feu, par le Dr J. d'HUBERT. (*Thèse de Doctorat, Paris, 1872, in-4°, 35 pages.*)

Après avoir rappelé les causes qui, le plus souvent, s'opposent à la formation du cal, telles que le défaut de contention et l'écartement considérable des fragments, l'auteur conclut qu'on doit s'abstenir de la résection dans la continuité, surtout sur les membres à deux os, et de l'ablation prématurée des esquilles adhérentes. Lorsque la pseudarthrose est établie, plutôt que d'avoir recours à une opération incertaine ou dangereuse, il vaut mieux recourir à la *prothèse* pour assurer la rigidité du membre. Six observations sont rapportées à l'appui de cette idée.

E. D.

Clinical lecture on cases of rodent cancer, par J.-W. HULKE. (*Med. Times and Gaz., 4 janv. 1873, I, p. 2, et 11 janv. 1873, I, p. 27.*)

Le *cancer rongeant* (rodent cancer) est identique, suivant la remarque de Hulke, avec quelques-unes des affections réunies par Lebert sous le nom de cancroïde ; c'est l'*ulcère rongeant* de Paget.

Après avoir rapporté trois observations de cette variété de cancer ou de cancroïde, dont deux siégeant à la paupière inférieure et la troisième sur les parties latérales du nez, chez des malades âgés de 45, de 49 et de 60 ans, Hulke insiste sur l'évolution lente de l'ulcération ordinairement précédée par un petit bouton ; sur l'induration des bords qui la limitent ; sur l'absence de retentissement ganglionnaire et de cachexie.

Il rapproche l'ulcération de celle que présente le squirrhe à sa dernière période. Dans les deux cas, l'ulcération est secondaire et précédée par des bords indurés.

Les conclusions de Hulke pour ce qui concerne le traitement de cette affection sont les suivantes :

1° On ne doit pas négliger les petites excroissances dures et les verrues qui se développent à la face chez les personnes âgées, mais les enlever entièrement avec une portion des tissus sains qui les environnent. Il y a avantage à combler la perte de substance, quand elle est considérable, avec un lambeau autoplastique pris dans le voisinage.

2° Il ne faut jamais cautériser ces tumeurs avec le nitrate d'argent.

3° Quand la surface de l'ulcère est trop irrégulière pour qu'on puisse en faire l'excision, on doit la cautériser largement avec le fer rougé et avec le chlorure de zinc. E. D.

Remarques sur les blessures par armes à feu observées pendant le siége de Metz (1870) et celui de Paris (1871), par le Dr GILLETTE. (*Arch. gén. de Méd., novembre-décembre* 1872 *et février-mars* 1873.)

Parmi les conclusions que l'auteur a déduites de son long et intéressant mémoire, nous résumons ainsi les principales :

Le trou de sortie dans un séton produit par la balle chassepot est plus grand et plus étoilé ; l'orifice d'entrée est plus petit et plus arrondi. La dimension est plus large et la même pour les orifices de la balle du fusil à tabatière.

L'éclat d'obus peut produire des sétons comme la balle ; la plaie est plus irrégulière et en forme de fer à cheval. On observe souvent dans ces plaies la mortification partielle des lambeaux ou de l'extrémité des lambeaux. Les balles peuvent s'enkyster ; mais la tolérance des parties molles est bien moindre pour les éclats d'obus ou les morceaux de vêtements.

La lésion d'une grosse artère (axillaire, humérale, fémorale), si on peut en faire la ligature, n'indique pas le sacrifice du membre. La blessure de l'artère poplitée oblige, au contraire, à l'amputation immédiate. — L'hémorrhagie, par lésion d'une grosse artère (fémorale, etc.), peut s'arrêter à la suite de syncope, de la stupeur locale, et surtout du recroquevillement des tuniques internes du vaisseau.

Pour les blessures de la tête, les plus petites fêlures peuvent être suivies d'accidents mortels de méningo-encéphalite, de phlébite des sinus, tandis que les grands délabrements avec perte de substance du crâne et du cerveau peuvent être suivis de guérison.

Les blessures du foie semblent être les plaies pénétrantes de l'abdomen les moins graves. — L'intoxication alcoolique prédispose à l'intoxication gangréneuse. L'infection purulente s'annonce fréquemment par de petites hémorrhagies répétées ; l'infection putride a donné à M. Gillette, comme altération, la présence de granulations miliaires à la surface des poumons.

HENRI HUCHARD.

Studien über Fracturen (Étude sur les Fractures (Suite et fin), par H. LEISRINK. (*Archiv für klinische Chirurgie, XIVe vol., 3e fascicule, p.* 432.) — (Voir *Rev. sc. med., p.* 325.)

L'auteur achève de publier sa statistique de fractures. Elles sont ainsi réparties :

Fractures compliquées.

A. — Fractures du maxillaire inférieur, 8 cas.
B. — Fractures de l'humérus, 7 cas.
C. — Fractures de l'avant-bras, 9 cas.
D. — Fractures du fémur, 5 cas.
E. — Fractures de la jambe, 44 cas.

Fractures multiples.

Cette catégorie contient 14 cas variés.

Fractures itératives.

7 observations.

Chaque cas est reproduit avec ses particularités principales dans un court résumé.

En terminant l'auteur donne, dans un tableau succinct, la durée moyenne du temps nécessaire à la consolidation de chaque sorte de fracture et celle du traitement. Ces chiffres sont bons à connaître, car ils s'éloignent souvent beaucoup de ceux que Gurlt produit dans son *Traité des fractures*. Nous donnons ici en regard les résultats obtenus par chacun de ces auteurs.

		Consolidation d'après Leisrink,	Consolidation d'après Gurlt.	Sortie du malade au:
A	Fractures de la clavicule.....	31	— 28	— 39 3/4e jour.
B	— de l'humérus:			
	I. à la partie moyenne.....	32 1/4e	— 42	— 44 —
	II. — inférieure.....	26 1/2	—	— 40 1/4 —
C	— du col de l'humérus.....	29	— 49	— 50 1/2 —
D	— de l'avant-bras.....	34	— 35	— 46 —
E	— du radius.....	29 2/3	—	— 43 —
F	— du fémur:			
	I. Aux tiers inférieur et moyen	54 1/2	— 70	— 85 —
	II. Du col, extra-capsulaire.....	49	— 82	— 87 —
G	— de la rotule.....	44	—	— 71 —
H	— de la jambe:			
	I. 1/3 inférieur.....	47 1/3	— 56	— 80 —
	II. 1/8 supérieur et moyen.....	70 1/2	— 56	— 106 —
I	— du tibia (1/3 inférieur).....	51	— 49	— 63 1/4 —
K	— du péroné.....	30 3/4	— 42	— 44 1/4 —

PAUL BERGER.

De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutif aux fractures du fémur), par le Dr P. BERGER. (*Paris, 1873, G. Masson, place de l'École-de-Médecine; Berger-Levrault et Cie, Strasbourg et Nancy.*)

Ce mémoire, édifié sous les yeux et dans le service du professeur Gosselin, se compose de deux parties, l'une clinique et l'autre expérimentale. Dans la première, importante au point de vue pratique, et à peu près irréprochable, l'auteur, après avoir rapporté 22 observations, étudie successivement l'apparition de l'épanchement, ses caractères, sa durée, sa marche et ses terminaisons. Il conclut que :

1° Toute fracture complète de la diaphyse du fémur, du trochanter et du col en dehors de la capsule s'accompagne d'un épanchement dans l'articulation du genou;

2° Cet épanchement se montre plus rapide et plus abondant si la fracture est rapprochée du genou, si les parties molles sont fortement contuses et si le sujet est jeune;

3° L'épanchement disparaît plus tôt chez les jeunes sujets et laisse

derrière lui de la laxité des ligaments ; au contraire, chez les adultes et les vieillards, il persiste plus longtemps et cède la place à de la roideur articulaire accompagnée des lésions de l'arthrite subaiguë.

Dans la seconde partie de son travail, Berger se demande quelle est la cause de l'épanchement articulaire. Il rejette la contusion ou l'entorse de l'articulation, l'action du repos, de la constriction par les appareils, comme cause déterminante seulement, puisqu'il repousse les appareils qui entourent le membre de liens circulaires. Il pense que « indépendamment peut-être d'un certain degré de gêne de la circulation en retour dans la synoviale, gêne causée par la rupture des vaisseaux du périoste, de l'os et de la moelle, indépendamment aussi d'une arthrite dont l'existence est démontrée par les suites qu'elle laisse, cet épanchement résulte avant tout, comme l'a dit Gosselin, *de la transsudation à travers le cul-de-sac de la synoviale, d'une partie du sérum, provenant du sang à moitié coagulé qui constitue l'infiltration sanguine gélatiniforme autour de la fracture.* » Cette conclusion, malgré l'autorité du professeur Gosselin et les expériences de Berger, nous semble un peu hardie. (V. Alison, *Thèse*, Paris, 1871.) L.-H. F.

Clinical remarks on sub-coracoïd dislocation of the humerus, par Jonathan HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, 1er *février* 1873, *I*, *p.* 112.)

Hutchinson croit que les luxations de l'épaule habituellement appelées *sous-glénoïdiennes* sont en réalité des luxations *sous-coracoïdiennes*. Dans tous les cas où il a cherché à déterminer la position de la tête de l'humérus il a trouvé la confirmation de cette manière de voir ; jamais il n'a rencontré de luxation sous-glénoïdienne. Il attache une grande importance à la mensuration comparative des deux membres. Dans la luxation sous-glénoïdienne, il doit y avoir nécessairement un allongement ; or, jamais il n'a pu constater cet allongement du côté luxé.

Sur un jeune marin de 23 ans, dont la luxation non réduite remontait à quatre mois et demi, l'atrophie du deltoïde et des muscles scapulaires permettait d'apprécier très-facilement la situation de la tête au-dessous de l'apophyse coracoïde. En mesurant du sommet de l'acromion à l'épicondyle on ne trouvait pas d'allongement, mais plutôt un léger raccourcissement. Ce jeune homme pouvait rapprocher le coude du tronc, mais non porter le bras derrière lui ; le déplacement de la tête et l'atrophie des muscles gênaient beaucoup le mouvement d'élévation du bras ; cependant ce jeune homme avait pu reprendre son travail à bord. E. D.

Case of long-standing diarrhœa cured by the surgical treatment of an ulcer of the rectum (Observation de diarrhée ancienne guérie par le traitement chirurgical d'un ulcère du rectum), par Thomas ANNANDALE. (*Brit. med. Journ.*, 21 *déc.* 1872, *II*, *p.* 681.)

Un médecin de 40 ans, ayant habité l'Inde pendant vingt-cinq ans, souffrait depuis trois ans d'une diarrhée dyssentérique qui avait résisté à tous les

remèdes ; il avait quatre, cinq ou six selles par jour et jamais les matières n'étaient moulées. L'examen du rectum montra un ulcère situé à environ un pouce au-dessus de l'anus et sur la paroi postérieure. Il avait les dimensions d'une pièce de quatre pence (four penny piece). La surface était déprimée et les bords durs ; il offrait une légère sensibilité au toucher.

Une incision comprenant le sphincter et la base de l'ulcère amena une grande amélioration. Un mois plus tard, il fallut cependant inciser de nouveau la base de l'ulcération ; une adénite inguinale suppurée suivit cette deuxième opération. Mais les symptômes diarrhéiques s'amendèrent encore et, douze jours après l'opération, le malade eut une selle moulée, pour la première fois depuis trois ans. Depuis, la guérison s'est maintenue, le malade a engraissé, et, tout récemment, l'auteur a pu constater l'existence d'une cicatrice petite et plissée à la place de l'ulcération.

Dans des cas analogues, Annandale a noté que l'opération, après avoir momentanément arrêté la diarrhée, ne procurait une guérison définitive qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Mais il considère le traitement chirurgical comme le seul à employer lorsque le traitement médical a échoué. E. D.

De la paralysie traumatique du nerf radial, par Jules TRANCHANT. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1873, *in*-4°, 49 *pages*.)

C'est presque toujours à la *contusion* qu'est due la paralysie traumatique du nerf radial, d'après Tranchant. Il élève même des doutes sur la réalité de la commotion comme cause de paralysie des nerfs ; dans quelques cas seulement, la *compression* est suivie de paralysie.

La contusion du nerf radial est souvent déterminée par la pression des béquilles (Voir : thèse de Lafféron. Paris 1868) ; plus rarement elle est causée par une extrémité osseuse, par une section du nerf, par une application de forceps, par une brûlure.

La paralysie traumatique a un début *brusque*. Elle est *complète* : affectant tous les muscles du bras et de l'avant-bras, ou *incomplète :* dans ce dernier cas, le muscle triceps échappe ordinairement à la paralysie.

La diminution de la contractilité électro-musculaire et l'atrophie des muscles sont les signes de cette paralysie sur lesquels l'attention a été principalement fixée par M. Duchenne.

La *sensibilité cutanée* est, d'après Tranchant, *toujours conservée* dans la paralysie du nerf radial, quelque complète que soit l'abolition des mouvements. Il invoque, à ce sujet, le mémoire de M. Paulet et celui de MM. Arloing et Tripier (*Archives de Physiologie*).

Le *pronostic* de la paralysie traumatique du nerf radial est favorable lorsque la contractilité électro-musculaire est conservée. Lorsque celle-ci est très-affaiblie ou détruite, le pronostic est incertain ; cependant le retour des mouvements a été observé dans un certain nombre de cas.

L'*électrisation* employée avec persévérance est le seul traitement à opposer à la paralysie du nerf radial. Les *courants intermittents* réveillent la contractilité musculaire. D'après Legros et Onimus, les *courants continus* sont utiles surtout pour combattre l'atrophie.

E. D.

Plaie de l'abdomen avec issue de l'épiploon, par le Dr R.-W. GIBBES. (*Transact. of the South Carolina medical association*, 1872. *An. in The american journal of the med. sc.*, 1873, nº 129, *p.* 200.)

Le Dr Gibbes communique à l'Association médicale de la Caroline du Sud, dans sa session tenue en Colombie le 16 et le 17 avril 1872, l'observation d'une plaie dans l'hypochondre gauche, faite à l'aide d'un couteau de poche. La plaie avait un pouce et demi à deux pouces de longueur, elle était située à deux pouces et demi au-dessus de l'ombilic et à la même distance, à gauche de la ligne médiane. L'épiploon faisait largement hernie. La guérison eut lieu après ligature et excision de six pouces de l'épiploon hernié. Le moignon épiploïque (*omental stump*) et la ligature furent laissés dans la cavité (*whithin the cavity*), la plaie extérieure fut fermée par trois points de suture profonde, faits avec du double crin. Vers le quarantième jour le malade se trouvait « parfaitement bien. » CH. P.

Case of Wound of the abdomen and of protruded intestine — Recovery, with remarks, by professor Eben WATSON. (*The Glasgow med. journ.*, *t. V*, nº 1, *nov.* 1872, *p.* 19-26.)

Garçon de 15 ans. Coup de couteau à gauche et au bas de l'abdomen. Issue de l'intestin (2 à 3 pieds) et du mésentère. Plaie tranversale de l'intestin, allant du bord libre au bord mésenterique sur la demi-circonférence. Ligature antiseptique d'une veine mésenterique. Quatre points de suture entrecoupée (fils en corde à boyau, très-fins et coupés au niveau du nœud). Réduction de l'intestin. La plaie abdominale n'est point réunie par des sutures, mais simplement pansée par la méthode antiseptique. Le vingt-troisième jour le malade est considéré comme guéri, bien qu'on se propose de le maintenir au lit et au régime pendant quelque temps encore. CH. P.

Two cases of injury to the abdomen having a period of latency, and thereafter proving rapidly fatal (Deux cas de blessure de l'abdomen dont la terminaison, après une période latente, est devenue rapidement fatale), by Dr W. M'EVEN. (*The Glasgow med. Journ*, *t. V*, nº 1, *nov.* 1872, *p.* 30.)

Un enfant de 14 ans 1/2 est renversé par une voiture dont une roue lui passe sur l'abdomen. Après quelques accidents graves, il est considéré comme convalescent dès le onzième jour. Depuis, son état parait excellent, mais le quarante-septième jour il fait un excès de table et meurt en quelques heures. A l'autopsie on trouve une longue étendue d'intestin grêle, d'une couleur foncée, formant avec la paroi et l'épiploon une masse adhérente, qui par sa position répondait à l'endroit où la roue de la voiture avait passé sur l'abdomen. La cavité péritonéale renfermait environ une pinte d'une sérosité foncée.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 30 ans qui reçut un coup de pied dans l'abdomen. Le dixième jour il reprit son service de constable. Il s'en fit exempter le cinquante-deuxième et le soixante-douzième jours,

mais le soixante-dix-septième il entra à l'hôpital, pour y mourir sept jours après. A l'autopsie on trouva une perforation intestinale et, dans son voisinage, quelques taches gangréneuses à la surface muqueuse de l'intestin.

L'auteur insiste sur la réserve du pronostic dans des cas de ce genre, lorsqu'il s'agit de répondre à la question médico-légale. CH. P.

Gun-shot wound of the neck (Plaie du cou par arme à feu), by H.W. SAWTELLE, Washington. (*The Boston med. and surg. Journal*, 14 *novembre* 1872, *p.* 335.)

Une balle entrée du côté gauche, au-dessus de la clavicule, passa entre œsophage et la trachée, et vint se loger dans le côté droit du cou. — Elle y séjourna depuis le 2 mai 1863 (*le blessé avait alors* 21 *ans*) jusqu'au 31 janvier 1870, où elle fut extraite par le Dr Lincoln, entre l'artère sous-clavière et une branche du plexus brachial. — A la suite de l'extraction on vit disparaître des accidents nerveux variés qui avaient tourmenté le malade pendant ce long espace de temps; le membre supérieur, notablement atrophié, reprit son volume et sa force. CH. P.

Lacerations produced by a lion; death in forty-eight hours from traumatic gangrene. Transactions of the college of physicians of Philadelphia 1872. (*The American journal of the med., sc.*, 1873, *n°* 129, p. 134.)

Un dompteur eut la cuisse profondément déchirée par un lion.

Dix-huit heures après, la cuisse était le siége d'un énorme emphysème gangréneux. Mort, quarante-huit heures après l'accident.

Le Dr Ashhurst, en signalant ce cas à la Société, déclare ne pas voir là une septicémie évidente; il croit que le malade avait une maladie viscérale, qu'il ne peut déterminer, n'ayant pu pratiquer l'autopsie. CH. P.

Plaies pénétrantes du genou par coup de feu, par le Dr GUIGNET. (*Recueil des Mémoires de médecine et de chirurgie militaire*, 1872, *p.* 588.)

L'auteur cite 8 cas de plaies pénétrantes du genou par armes à feu. Puis il rapporte une statistique de 250 cas de plaies articulaires du genou dans beaucoup desquels la guérison fut obtenue sans complications graves. De là il conclut que l'on peut, quand il n'y a pas de trop grands désordres de l'article, se regarder comme autorisé à s'abstenir; et il croit que l'on ne doit avoir recours à l'amputation immédiate que quand il y a de grands désordres du côté des os. Enfin il préfère à l'amputation la résection.

H. CH.

Observations de luxations.

Luxation de la symphyse pubienne, par le Dr WEER, de Mulhouse (*Méd. Soc. méd. de Strasbourg*, 1872, *p.* 144.)

Fait rare et intéressant dont il n'existe que fort peu d'observations dans la scien ce. La cause fut un écart brusque d'un cheval qui lança en l'air son cavalier; celui-ci retomba sur le pommeau de la selle, et la luxation se produisit par disjonction forcée de l'articulation sacro-iliaque et de la

symphyse pubienne. — Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que, malgré l'étendue des lésions, les suites du traumatisme furent remarquablement bénignes. La guérison fut obtenue en quatre mois. R.

Case of dislocation of the spine, by W.-P. BALLES. (*The Boston med. and surg. Journal*, 21 *novembre* 1872, *p.* 349.)

Luxation en avant (sans fracture) de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. Déplacement égal à la moitié du diamètre du corps vertébral. — Mort le cinquième jour de paralysie ascendante.

La cause de la luxation était une chute en arrière, de 15 pieds de haut, les épaules ayant porté transversalement sur la barre d'appui d'une barrière avant la rencontre du sol.

Case of severe compound dislocation of the anke-joint (Observation de luxation compliquée, grave, de l'articulation tibio-tarsienne), par Herbert COOPER. (*The Lancet*, 1er *févr.* 1873, *t. I, p.* 164.)

Un gentilhomme (*l'âge n'est pas indiqué*) fit une chute de cheval, le 23 février 1870. Appelé immédiatement, H. Cooper trouva le blessé assis sur une chaise; le pied droit faisait presque un angle droit avec l'axe de la jambe par suite de son renversement en dedans. Deux pouces du tibia et du péroné complétement séparés des muscles faisaient saillie entre la chaussure et le bord inférieur de la guêtre.

Au premier moment, l'amputation parut la seule ressource. Cependant, après avoir donné le chloroforme, H. Cooper put, avec beaucoup d'efforts, réduire partiellement le tibia, mais la lèvre inférieure de la plaie s'opposa à la réduction du péroné dont la malléole dut être réséquée. Il fut alors facile de réduire complétement le tibia.

Le membre fut placé dans une gouttière suspendue et recouvert de cataplasmes. Au dixième jour un érysipèle phlegmoneux nécessita une incision.

Le 27 mai, alors que tout allait bien, le blessé eut un frisson violent; cependant il se rétablit.

Au mois de septembre, il n'y avait plus qu'une petite plaie à la partie interne de l'articulation et le blessé pouvait vaquer à ses occupations en se faisant traîner dans une voiture.

En novembre, une petite esquille fut éliminée par la plaie, et deux mois plus tard un nouveau petit fragment sortit de lui-même. La plaie ne tarda pas à se fermer.

Aujourd'hui, M. H... peut faire à pied dix milles sans se fatiguer; il monte à cheval et chasse. Il a recouvré en partie les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et n'a pas de raccourcissement de la jambe. E. D.

Case of supra-sternal luxation of the clavicle (Luxation sus-sternale de la clavicule), par Robert-W. SMITH. (*The Dublin Journal of med. sc., december* 1872.)

Ce fait constitue avec cinq cas rapportés par Malgaigne et deux autres publiés depuis, le 8e qui existe dans la science. Et encore, Follin (*Traité de Pathologie*) et Richet (*Dictionnaire de méd. et chir. prat.*) n'en reconnaissent que deux.

Dans le cas actuel, observé sur un homme de 60 ans, la luxation était com

plète, l'extrémité interne de la clavicule faisant saillie au-dessus de la fourchette du sternum. Lorsque le blessé était assis sur son lit, la difformité était à son maximum et la pression exercée sur la trachée et l'œsophage déterminait une violente dyspnée, de la raucité de la voix et de la dysphagie. Les mouvements de l'épaule étaient difficiles et produisaient une douleur intense. Les symptômes étaient notablement amendés dans le décubitus.

Le malade, qui présentait en outre une lésion grave du pied avec saillie de l'astragale dans la plaie, succomba au bout de quelques jours, et l'autopsie permit de constater d'une façon précise l'état des parties luxées. L'extrémité de la clavicule gauche reposait sur le sternum et avait dépassé la ligne médiane de façon à se mettre en rapport avec le sterno-mastoïdien du côté droit. La portion sternale du même muscle du côté gauche croisait la clavicule à une petite distance de la surface articulaire; elle était fortement tendue, et la portion claviculaire était au contraire relâchée.— En arrière, l'os reposait sur les muscles sterno-hyoïdiens et la partie antérieure de la trachée. Les ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation étaient déchirés, aussi bien que le ligament costo-claviculaire ou rhomboïde. Le cartilage intra-articulaire était détaché de ses insertions au sternum et au cartilage de la première côte, et se trouvait comme la clavicule porté en haut et en dedans. Le muscle sous-clavier ne présentait d'autre altération qu'un état de relâchement et un changement de direction de ses fibres.

Les deux cas rapportés par Smith et qui ne se trouvent point dans Malgaigne sont tirés, le premier, du *Buffalo medical journal*, XIVe volume (Dr Rochether), et le second, du IIIe volume du *Dictionnaire des études médicales* (Sédillot). Le cas de Smith est le seul qui ait été suivi d'autopsie. Au mémoire sont jointes deux planches représentant la région sur le vivant, et après dissection. A. SEVESTRE.

Dislocation of the patella on its edge (Luxation verticale de la rotule), par George SOUTHAM. (*Brit. med. Journal*, 21 *déc.* 1872, *II*, *p.* 680.)

Un jeune homme de 20 ans, d'une bonne santé et dont les articulations et les membres présentaient une conformation normale, luttait avec quelques camarades dans un wagon de première classe ; son genou droit subit un mouvement de torsion, qui fut immédiatement suivi d'une douleur déchirante et d'une complète rigidité de l'articulation. L'accident arriva heureusement près d'une station, non loin de la résidence du jeune homme. Une demi-heure après, la nature de la lésion fut constatée par M. Farr, chirurgien, qui fit transporter le malade auprès de M. Southam. Le moindre attouchement ou mouvement du membre était très-douloureux.

Après avoir administré le chloroforme, on put constater que le bord externe de la rotule reposait sur la partie supérieure et externe du condyle externe du fémur. Le bord interne de la rotule faisait sous la peau une saillie si considérable que celle-ci semblait près de se déchirer. Les deux faces de la rotule pouvaient être reconnues facilement, grâce au peu de gonflement des parties molles. La face postérieure, avec sa saillie médiane, était tournée vers le condyle interne; la surface antérieure semblait se continuer avec la face latérale du condyle externe. La tension du tendon du triceps et du ligament rotulien était telle que tout mouvement de l'os était impossible.

Une première tentative de réduction en pressant sur le bord externe de la rotule, le membre étant maintenu dans l'extension, ne réussit pas. Le genou fut alors fléchi avec précaution pour éviter la déchirure de la peau. Dès que

la jambe fut amenée à angle droit avec la cuisse, la réduction s'opéra d'elle-même. Une tuméfaction considérable s'en suivit, mais céda promptement au repos et aux résolutifs: trois semaines après, le malade commença à faire usage de son membre ; mais, comme la rotule était plus mobile que celle du côté opposé, il dut porter une genouillère élastique jusqu'à ce que tout fût revenu à l'état normal.

L'auteur fait remarquer que la douleur est le principal obstacle à la réduction, dans les cas analogues, et qu'il faut que le malade soit complétement sous l'influence du chloroforme au moment où l'on tente la réduction. E. D.

Observations diverses.

Ueber einen Fall von Hypertrophie eines Armes (Observation d'hypertrophie d'un membre supérieur), par HITZIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 *déc*, 1872.)

Il s'agit d'un malade qui reçut au mois d'octobre 1870 un projectile anguleux dans la fosse susclaviculaire droite. En janvier 1871 seulement, il s'aperçut que son bras droit était plus gros que l'autre. Mais ce malade présentait en outre une atrophie de certains groupes musculaires de l'épaule et du thorax, atrophie plus marquée du côté gauche, fait difficile à expliquer. Enfin, il y avait paralysie complète du grand dentelé, sans perte de son excitabilité électrique. L'auteur pense que le corps étranger a lésé en même temps le rameau nerveux du grand dentelé et le plexus brachial dont il a irrité les fibres trophiques. J. B.

Retention of a set of teeth in the throat for fifteen months (Rétention d'un dentier dans le gosier pendant quinze mois), par J. BATCHELDER of Salem. (*The Boston med. a. surg. Journal*, 1873, n° 4, 23 *janvier*, *p.* 93. — *Extrait du The Dental Cosmos*, *sept.* 1872.)

Un homme de 65 ans, pendant une attaque (*a fit*), avala, sans en avoir conscience, un dentier en or de deux pouces un huitième dans sa plus grande dimension, et de un pouce trois huitièmes dans la plus petite. La dysphagie fut attribuée à la paralysie du pharynx. Le malade ne put être nourri qu'avec des aliments liquides. Cinq semaines après l'accident, le malade réclama son dentier ; c'est alors qu'on soupçonna qu'il l'avait avalé. Mais, le médecin ayant déclaré la chose impossible, on ne s'en inquiéta plus. — Quinze mois après l'accident, à la suite de violentes attaques de toux, le dentier fut rejeté dans la bouche. Dès le lendemain, le malade put reprendre des aliments solides. CH. P.

Élimination spontanée d'un calcul vésical volumineux, par le Dr Ferd. BRUINSMA, de Assenède. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand, déc.* 1872, *p.* 202.)

Le malade, âgé de 46 ans, présentait les signes les plus nets d'un calcul vésical, mais refusait même de se laisser sonder. Un abcès urineux se forma au périnée; l'escharre se détacha, et il sortit spontanément par la plaie un calcul de 52 gr. On retira ensuite, avec des pinces,

un second calcul de 54 gr. et une douzaine de petits. La fistule du périnée ne se ferma pas, et l'auteur perdit le malade de vue. J. C.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

The principles and practice of surgery, by Frank Hastings HAMILTON. New-York, 1872.

Diseases of the Throat : A Guide to the Diagnosis and treatment of affections of the Pharynx, Œsophagus, Trachea, Larynx and Nares, by J. SOLIS COHEN. New-York, 1872, 133 illustrations, in-8°, p. 582.

A system of oral Surgery : being a consideration of the Diseases and Surgery of the Mouth, Jaws and Associate Parts, by JAMES-E. GARRETSON. Oral Surgeon of the med. department of the university of Pensylvania. (In-8°, p. 1091. Philadelphia.)

Clinical Lectures on the Examination of Patients before operating on them, par W.-S. SAVORY. (*Brit. med. journ.*, 18 janv.-février, I, p. 53, 107, 135.)

Das koxalgische Becken (Le bassin coxalgique), par le professeur ENGEL (de Vienne). (*Wien. mediz. Wochenschr.*, n° 50, 14 déc. 1872.)

Das rhachitische Becken (Le bassin rachitique), par le professeur ENGEL (de Vienne). (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 40, 5 oct. 1872.)

Sulla rachitide e sulla scrofola (Sur le rachitisme et la scrofule), observations du Dr LEONARDI. (*Forli, Typ. sociale démocratique*, 1872.)

Clinical Lecture on Erysipelas; its nature and Affinities, par W.-S. SAVORY. (*Brit. med. journ.*, 4 janv., I, p. 5.)

Traité pratique de la pustule maligne, par le Dr L. RAPHAEL.

Ueber Ainhum. Eine der afrikanischer Rasse eigenthumliche Krankeitsform (Sur une affection propre à la race africaine), WUCHERER. (*Archiv. f. path. Anat.*, t. XLVI, l. 3.

Two cases of traumatic tetanus. Dr O'GRADY. Mercer's Hospital. (*The Irish Hospital Gazette*, n° 4, p. 49.)

Partielle Hirnsklerose traumatischen Ursprungs (Sclérose partielle du cerveau, d'origine traumatique), par le Dr SIMON (de Hambourg). (*Archiv für pathol. Anat. u. Physiol.*, t. LVI, nos 1 et 2, 1er nov. 1872, p. 273.)

Fracture of the Base of the Skull; Meningitis; Death; Clinical Remarks (Fracture de la base du crâne; méningite, mort; remarques cliniques), par le Dr MARSHALL. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, II, p. 808.)

Two cases of compound depressed fracture of vault of cranium, treated, in the absence of grave symptoms, without operation (Deux observations de fractures compliquées, avec enfoncement de la voûte du crâne, traitées, en l'absence de symptômes graves, sans opération), Dr W.-Johnson Smith. (*The Lancet*, 1er févr. 1873, I, p. 167.)

Fracture de la base du crâne; ecchymose de la luette et du voile du palais; pendant la vie, signes locaux de luxation de la troisième vertèbre cervicale démentis par l'autopsie; contusions cérébrales multiples; méningite suppurée; mort, par M. Cauchois. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, t. XVII, p. 154.)

Dans cette observation, la méningite suppurée a déterminé dans les muscles profonds du cou une contracture localisée, d'où une attitude de la colonne vertébrale qui a fait penser à une luxation de la troisième vertèbre.

Compound comminutive depressed Fracture of the skull without symptoms; elevation and removal of the fragments; Recovery (Fracture compliquée comminutive avec enfoncement du crâne, sans symptômes cérébraux; élévation et extraction des fragments; guérison), Dr Olivier Pemberton. (*The Lancet*, 4 janv., t. I, p. 11.)

Fracture of Temporal Bone of Left side in consequence of a Fall of twenty feet; Removal (Fracture de l'os temporal gauche, suite d'une chute de vingt pieds; ablation), M. Savory. (*Brit. med. journ.*, 18 janv., t. I, p. 62.)

Fracture of the Base of the Skull (Fracture de la base du crâne), Dr E.-H. Bennett. Pathol. Soc. of Dublin. (*Brit. med. journ.*, 1er février, t. I, p. 129.)

Fracture of the cranium. Dublin Pathol. Society, 1er févr., Dr Hamilton. (*Med. Press and Circul.*, 5 févr., p. 114.)

Fracture of the Base of the Skull (Fracture de la base du crâne). Patholog. Society, Dr Marcus Beck. (*The Lancet*, 8 févr., t. I, p. 220.)

Peculiar case of fracture of the neck of the Thigh-bones (Cas particulier de fracture du col du fémur). The pathological Society of Ireland, Dr Bigger. (*Med. Press and Circular.*, 22 janv., p. 71.)

Large tumour of the Femur. Pathological Society, 18 févr., Dr Wagstaffe. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Intracapsular impacted Fractures of the neck of the Femur. Proceedings of the pathological Society of Dublin. (*In the Dublin journal of medical science*, janvier.)

Necrosis of the body of the sphenoïd Bone. Removal of the whole body throught the mouth; Recovery (Nécrose du corps du sphénoïde; extraction de la totalité du sequestre par la bouche; guérison), Dr Erichsen. (*Med. Times and Gaz.*, 4 janv. 1872, t. I, p. 7.)

Sur un cas de paralysie traumatique des cinquième et sixième paires crâniennes, par Cras, de Brest. (*Arch. de méd. navale*, no 2.)

Facial palsy caused by a Wound of the portio dura (Paralysie faciale, causée par une lésion traumatique de la septième paire), par le Dr Dalby. (*The Lancet*, 28 déc. 1872, t. II, p. 918.)

Case of injury to the Spine resulting from a full of thirty feet on to the head (Lésion de la colonne vertébrale, à la suite d'une chute de trente pieds

de hauteur, sur la tête), Dr Jonathan HUTCHINSON. (*The Lancet*, 25 janv. t. I, p. 130.)

Lowered Temperature in Injury of the spinal cord (Abaissement de la température dans les blessures de la moelle épinière). Clinical Society, 24 janv., Dr NIEDER. (*Med. Times and Gaz.*, 8 févr., t. I, p. 154.)

Injury to spine (Traumatisme de la colonne vertébrale), Dr CLIFFORT-ALLBUTT. (*Brit. med. Journ.*, 4 janv., p. 11.)

Diastasis de la colonne vertébrale (région cervicale); compression de la moelle cervicale; mort, par M. VALTAT. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, t. XVII, p. 171.)

Injuries of the spine, the result of Railway concussions (Des lésions de la colonne vertébrale à la suite des secousses dans les accidents de chemins de fer), par J. MORGAN. (*Med. Press and Circular.*, janvier, p. 39, 61 et 83.)

Fracture of ilium from muscular action, par J.-SIDNEY TURNER. (*Brit. med. Journ.*, 1er févr., t. I, p. 134.)

Case of concussion (Observation de commotion), Dr MOORE. (*Brit. med. Journ.*, 8 févr., t. I, p. 142.)

Annotazioni patologico-cliniche su di un casi de pseudo-artrosi avvenuta insegnito di frattura alla diafisi del femore dritto di una donna (Observations pathologiques et cliniques sur un cas de pseudarthrose survenue à la suite d'une fracture de la diaphyse du fémur droit chez une femme), par le professeur J. MAZZIOTTI. (*Il Morgagni de Naples*, 1872, p. 586.)

Ununited Fracture of Radius and Ulna ta lower third (Fracture non consolidée du radius et du cubitus au tiers inférieur), par M. SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 18 janv., t. I, p. 62.)

Special Kinds of Fractures. The London Hospital, Dr RIVINGTON.

Symmetrical Fracture of each Tibia, with unusual displacement. Interval of ten years between the two fractures, Dr HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, 14 déc. 1872, t. II, p. 653.)

Fracture sous-trochantérienne du fémur et fracture multiple de la rotule par écrasement, compliquées de plaie pénétrante de l'articulation du genou, érysipèle, etc.; accidents des plus graves; guérison inespérée avec ankylose, par le Dr FRITSCH, dit LANG, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Lyon (*Lyon méd.*)

Muscular contraction a cause of Fracture, par Geo.-W. NORRIS. In *Rich. and Louis. med. Journ.* (*The med. Record.*, New-York, 15 févr., p. 84.)

On Colle's Fracture of the Radius and its Treatment (De la fracture de l'extrémité inférieure du radius et de son traitement), par J.-Alexander MACDONALD. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 223.)

Fracture of the Neck of the Thigh-bone (Fracture du col du fémur). The med. Soc. of London. 9 déc. 1872. (*Med. Press. and Circul.*, 1er janv., p. 4.)

Fracture de jambe; gouttière; gangrène de la jambe; compression de l'artère tibiale antérieure par le fragment supérieur, par M. le professeur VERNEUIL. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 277.)

Fracture comminutive de la jambe droite avec plaie pénétrante; pansement ouaté. Gangrène de la partie inférieure de la jambe et du pied. Mort à la fin

du huitième jour. — Autopsie : Lésions multiples. Athé de tout le système artériel de la jambe et du pied. Com tibiale antérieure par une esquille déplacée; caillot dans ce de responsabilité chirurgicale, par M. le professeur VER Soc. anat., XLVIIe année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 298.)

Epithelioma of the Groin (Epithelioma de l'aine). Ligat iliac for hœmorrhage; recurrence of hœmorrhage; seco from extension of the épithelioma, Dr SIMON. (*Med. Times* t. I, p. 113.)

Medullary Tumour of the Wrist (Tumeur médullaire Hospital, par M. BRYANT. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, t. I

Necrosis of the lower End of the Femur (Nécrose de l'e du fémur), Dr BRYANT. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., t. I, p

Exostosis on inner and lower Side of Femur (Exostose rieure et interne du fémur), Dr HOLDEN. (*Brit. med. Jou* p. 171.)

Sarcome ossifiant développé à l'extrémité inférieure du de la cuisse; mort, par M. URDY. (*Bull. de la Soc. anat.*, X 2e série, t. XVII, p. 132.)

Clinical Lecture on a case of diseased knee-joint and its ration (Leçon clinique sur un cas d'affection du genou et est applicable, par John WOOD. (*Med. Times and Gaz.*, 8 f

Fibroïd Tumour over the Patella (Tumeur fibreuse au ni Dr ERICHSEN. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., t. I, p. 171.)

Excision of the Fibula and loss of Tendo Achilli (Résec destruction du tendon d'Achille, par K.-T. COLEMAN. (*Nash and Surgery*, oct. 1872. In the med Record, New-York, 1er

Large Tumour from Head of Fibula following a Blow. I volumineuse naissant de la tête du péroné, consécutive à u Dr CALLENDER. (*Brit. med. Journ.*, 25 janv., t. I, p. 89.)

Ostéo-périostite épiphysaire du tibia et ictère ; lésion hépa M. CADIAT. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année, 1872, p. 174.)

Rupture du tendon du plantaire grêle dite coup de foue (*Revue méd.*)

Malignant disease of the ankle (Tumeur maligne du cou-de GARMAN. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., t. I, p. 183.)

Observação de gangrena do pé causada por espinha de pe de gangrène du pied causée par une arête de poisson, piqûr *Bahia*, 1872.)

De l'exostose sous-unguéale du gros orteil ; considérations l'anatomie pathologique, par P. REDARD. (*France méd.*)

Complete bony-union of the Thigh-bone and Pelvis (A

complète de l'articulation coxo-fémorale). Pathological Society, Dr Duke. (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., t. I, p. 127.)

Luxation du coude incomplète en dehors, par M. Léo Testut, interne du service de M. Denucé. (*Bordeaux médical*, n° 5.)

Cases of Dislocations (Observations de luxations), par T.-H. Bartleet.

1. Luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique, datant de cinq semaines. — Réduction.
2. Luxation du fémur dans la fosse iliaque.
3. Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, datant de sept semaines.
4. Luxation verticale de la rotule.
5. Luxation non réduite de l'humérus dans l'aisselle, datant de neuf mois.
6. Luxation incomplète des deux os du coude, en dehors, datant de cinq mois.
7. Luxation de l'humérus dans l'aisselle, datant de seize jours. (*Brit. med. Journ.*, 18 janv., t. I, p. 63.)

Dislocation of the Patella on its Edge (Luxation verticale de la rotule), par Edward Bellamy. (*Brit. med. Journ.*, 4 janv., t. I, p. 10.)

Des luxations traumatiques de l'extrémité interne de la clavicule, considérées surtout au point de vue du pronostic, par V. Roussel. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1872, in-4°, 47 pages.)

Old standing Dislocation of the Elbow-Joint (Luxation ancienne du coude), Dr Jolly. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Luxation incomplète du genou droit en dehors; guérison parfaite, par Sonrier. (*Gaz. des hôpitaux*, nos 23 et suiv.)

Fæelle von interessanten Luxationen (Observation de luxations intéressantes), par E. Albert. (*Med. Press*, Vienne 1872.)

Tumor blanco. Poderosa influencia de la osseitis epifisaria en su produccion. El tumor blanco es una artritis diatesica (Tumeur blanche. Puissante influence de l'ostéite épiphysaire sur sa production. C'est une arthrite diathésique), par E. Manero. (*El Pabel med.* de Madrid, 1872.)

Cysts of scalp; removal; recovery (Kystes du cuir chevelu; ablation; guérison), Dr De Morgan. (*Med. Times and Gaz.*, 8 mars, I, p. 249.)

Nœvus involving the whole of the left cheek (Nœvus occupant la totalité de la joue gauche), Dr Holden. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., I, p. 171.)

Medullary carcinoma of antrum, etc. Removal of left superior maxilla. Secondary hœmorrhage. Ligature of left common carotid artery. Death : autopsy (Cancer médullaire du sinus maxillaire. Ablation du maxillaire supérieur gauche. Hémorrhagie secondaire. Ligature de la carotide primitive gauche. Mort; autopsie), Dr Le Gros Clark. (Observation recueillie par M. Keates.) (*Med. Times and Gaz.* 1er février, I, p. 113.)

Fibrous polypus of posterior nares and sphenoïdal cells. Dr Watson. (Medico-chirurgical society of Edinburgh.) (*Brit. med. Journ.* 1 février, I, p. 129.)

Observation d'anthrax de la face; mort, autopsie, par le Dr Decès, de Reims. (*Soc. méd. de Reims*, bulletin n° 9, page 10.)

Lipome sous-parotidien, par Demarquay. (Soc. de chir., janvier 1873). (*Gaz. des Hôpitaux*, nos 13 et 16.)

On the diseases of the antrum. (Des maladies du sinus maxillaire), par VANS BEST. (*The Lancet*, 4 janvier, I, p. 8.)

Exostosis of alveolar ridge. (Exostose du rebord alvéolaire), W. FERGUSSON. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier, I, p. 63.)

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par M. le professeur VERNEUIL. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 110.)

Ulcération de l'amygdale gauche, de la luette, de la base de la langue, de l'épiglotte (épithélium cylindrique avec prolongements vasculaires). Engorgements ganglionnaires, tuberculisation miliaire du poumon; mort; par M. SEVESTRE. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, page 322.)

Fibrome de l'amygdale, par M. BOURDON. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872). 2e série, tom. XVII, pag. 317.)

Ein Fall von acutem Kropf (Un cas de goître aigu), par le Dr Ludwig DE PONTREGINA. (*Archiv. der Heilkunde*, 1re livraison.)

Cystic bronchocele (Goître cystique). Guy's hospitals. M. DURHAM. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 286.)

Exstirpation eines Struma (Extirpation d'une tumeur cystique, à parois crétacées du corps thyroïde), Dr HOPMANN, de Cologne. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. II, n° 2, 20 décemb. 1872, p. 185-188.)

Ein abscess der linken ary-epiglottischen Falte (Un abcès du repli ary-épiglottique gauche), par le Dr B. WAGNER. (*Archiv. der Heilkunde*, 1re livraison.)

Ferita trasversale della trachea per tentato suicidio (Plaie transversale de la trachée par tentative de suicide), par V. CALORI. (L'*Ipocratico de Forli*, 1872.)

Fracture of the trachea, par E. DRUMMOND. (*Brit. med. Journ.*, 28 déc. 1872, II, p. 714.)

Hyperplasie simple suivie de dégénérescence fibreuse des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. Opération par le bistouri. Ligature de la veine jugulaire interne, sans accident, par M. CAUCHOIX. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 194.)

Du lymphadénome du cou ou de l'hypertrophie ganglionnaire idiopathique. Dr LEGALLOIS. (*Thèse de Paris.*)

Chondrome primitif d'un ganglion sous-maxillaire, par S. POZZI. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 251.)

Carcinome primitif des ganglions du cou, par M. BOURDON. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 310.)

Sarcome de la région maxillaire, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, Paris, 1872.)

Kyste salivaire de la parotide (abcédé), par BOUCHAUD. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 6.)

Congenital cyst of the neck (Kyste congénital du cou), par le Dr Fifield, in *Boston med. and surg. Journ.*, 7 nov. 1872. (*The medical. Record.*, New-York, 15 févr., p. 83.)

Des abcès mastoïdiens et de leur traitement, par Octave Warnet. (*Thèse de doctorat*, Paris, in-4°, 44 pages.)

Inflammed cystic tumour in anterior triangle of the left side of the neck (Inflammation d'une tumeur cystique de la région sus-claviculaire gauche du cou), Dr Morris. (*Med. Times and Gaz.*, 7 mars, I, p. 248.)

Cancinome primitif des ganglions de l'aisselle, par M. Coyne. Analyse microscopique, par le Dr Ranvier. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 226.)

Squirrhe atrophique du sein gauche. — Cancer des côtes, de l'os iliaque droit et du sacrum, paraplégie, par M. E. Bourdon. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 208.)

Extra-thoracic suppuration, with discharge into the lung (Suppuration extra-thoracique, avec écoulement du pus dans le poumon). Medic. Soc. of London. — Dr Sansom. (*The Lancet*, 22 févr., I, p. 273.)

Serous cyst on thoracic wall; removal; death from cancer of pancreas (Kyste séreux de la paroi thoracique; ablation; mort due à un cancer du pancréas). Dr Hammond Smith. (*Med. Times and Gaz.*, 8 mars, I, p. 242.)

Operation for removal of a needle from the heart; recovery of the patient (Opération pour retirer une aiguille du cœur; guérison du malade) (*Royal medical and chirurgical Society*, 11 févr.), G.-W. Callender. (*Med. Times and Gaz.*, 22 février, I, p. 213.)

Plaie pénétrante du cœur intéressant la cloison interventriculaire, par M. Laugier. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 284.)

Stab below clavicle; wound of cephalic vein, close to the axillary; fracture of second rib; wound of pleura, pleurisy; death (Coup de poignard au-dessous de la clavicule; plaie de la veine céphalique au voisinage de la veine axillaire; fracture de la seconde côte; ouverture de la plèvre; pleurésie; mort), Dr Erichsen. (*Med. Times and Gaz.*, 22 févr., I, p. 196.)

Extraordinary case of pin-vomiting, etc.; recovery (Cas extraordinaire d'épingles rendues par le vomissement, etc.; guérison). Dr G. Wright Hutchison. (*The Lancet*, 18 janv., I, p. 91.)

Mémoire sur les abcès de la fosse iliaque, Alf. Courbon. — Paris.

Abcès de l'ombilic; gangrène et perforations intestinales; péritonite généralisée; mort, par M.E. Martin. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 148.)

Probable injury to spleen from a buffer accident; cured (Contusion probable de la rate par un coup de tampon; guérison). Dr Erichsen. (*Med. Times and Gaz.*, 22 févr., I, p. 197.)

Rupture of liver; vena cava torn across (Rupture du foie; déchirure de la veine cave). Dr Erichsen. (*Med. Times and Gaz.*, 22 févr., I, p. 197.)

Lacerated wound of the abdomen; protrusion of intestine and omentum; recovery (Plaie de l'abdomen; issue de l'intestin et de l'épiploon; guérison). Dr Torkington Blease. (*The Lancet*, 18 janv., I, p. 92.)

Penetrating wound of the abdomen; extrusion of a portion of the great omentum; recovery (Plaie pénétrante de l'abdomen, hernie d'une portion du grand épiploon, guérison). Mercer's hospital. Dr Mac Dowell. (*Med. Press. and Circul.* 1er janvier, p. 3.)

Severe pelvic injuries. Med. soc. of London, Dr Richard Davy. (*The Lancet*, 11 janv., I, p. 52.)

Opération d'une hernie étranglée. Perforation intestinale; guérison, par M. le Dr G. Boudet. (*Revue médicale de Limoges*, no 10, 1872.)

Case of strangulated umbilical hernia. Operation. Cure. Dr Henry Tyrrell. (*The Irish hospital Gazette*, no 5, p. 68.)

Two cases of strangulated hernia. Dr Lowndes. (*The Lancet*, 14 déc. 1872, II, p. 849.)

Femoral and inguinal hernia, with two scrotal tumours. Dr Hutchinson. (*Med. Times and Gaz.*, 14 déc. 1872, II, p. 653.)

Obstruction of bowels; peritonitis; inguinal hernia; adherent sac; operation; recovery. Dr Joseph Bell. (*Brit. Med. Journ.*, 22 fév., I, p. 198.)

Hernie inguinale congénitale rendue irréductible par épaississement des parois intestinales, par M. Malassez. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 306.)

A complicated case of scrotal hernia (Cas de hernie scrotale compliquée de varicocèle et hydrocèle), par M. Cutcliffe. (*Indian med. Gaz. de Calcutta.*)

Péritonite consécutive à une extirpation d'hémorroïdes; mort, par M. Frihol. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, tom. XVII, pag. 226.)

Lectures on diseases of the rectum (Leçons sur les maladies du rectum), par Christopher Heath. — 2e leçon : Polypes, prolapsus; fissure; fistule à l'anus. (*The Lancet*, janv.-févr., I, p. 81-262.)

Du toucher rectal et de sa valeur au point de vue du diagnostic, par R. Dumareau. (*Thèse de doctorat.* — Paris, in-4o, 38 pages.)

Retention of urine; relief by pneumatic aspirator, extreme dyspnœa; Tracheotomy, temporary relief; death. — Dr Pridgin Teale. (*The Lancet*, 8 fév., t. I, p. 201.)

Traumatic paraplegia, cystitis, urinary fistula, vesical calculus; lithotomy and urethroplasty, cure. St Thomas's Hospital.— Dr Croft. (*Med. Times and Gaz.*, 15 fév., t. I, p. 167.)

Stone in the bladder; lithotomy, melancholia, recovery (Calcul vésical, taille, mélancolie, guérison). St Thomas's Hospital. — Dr Croft. (*Med. Times and Gaz.*, 15 fév., t. I, p. 167.)

Stone in the bladder (Pierre dans la vessie), par George E. Fenwick. (*Canada med. and surg. Journ.*, oct. 1872, in *the med. Record*. New-York, 1er janv., p. 12.)

Epispadias : Burning of the upper part of the canal. (*Brit. med. Journ.*, 1er fév., t. I, p. 116.)

Six observations d'infiltration urineuse et de fistules périnéales. — Guy's Hospital. Dr Cooper Forster. (*Med. Times and Gaz.*, 4 janv., t. I, p. 6.)

Contribution à l'étude des abcès urineux du périnée, par A. J.-J. Cathelotte. (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1872, 49 p.)

Deficient bladder, with wide separation of the pubic bones (Exstrophie de la vessie avec écartement considérable des branches du pubis.) King's college hospital. — M. Wood. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, t. I. p. 286.)

The application of nitrate of silver as a cause of stricture of the urethra (De l'emploi du nitrate d'argent comme cause des rétrécissements de l'urèthre), par Charles Owen Aspray. (*The med. Press and Circ.*, 18 déc. 1872, p. 523.)

Stricture of the urethra. London Hospital, Dr Rivington. (*The med. Press and Circ.*, 18 déc. 1872, p. 525.)

Caso di enuresi (Cas d'incontinence d'urine), par L. Piccirilli. (*Nuova Liguria med. de Gênes*, 1872.)

Small calculus in the bladder (Petit calcul dans la vessie). — *The surgical Soc. of Ireland*, 3 janv. — Prof. Magnamara. (*Med. Press and Circular*, 22 janv., p. 69.)

Foreign body in the bladder (Corps étranger dans la vessie), par P. M. Rice. (*Med. Press and Circular*, 22 janv., p. 78.)

Tubercules des testicules, par Felix Okinczyc. (*Thèse inaugurale de Paris.*)

Tubercular disease of the left testis and left vesicula seminalis and vas deferens. — Dr Rivington. (*The Lancet*, 14 déc. 1872, t. II, p. 848.)

Sarcome névroglique du testicule et de la tunique vaginale avec épanchement sanguin successivement pris pour hydrocèle, puis pour hématocèle, incision et résection de la tunique vaginale, castration après examen microscopique, par M. Cauchois. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, t. XVII, p. 289.)

Intorno all' ematocele della tunica vaginale del testicolo (Sur l'hématocèle de la tunique vaginale du testicule), par P. Loreta. (in-8. *Bologne.*)

Hæmatocele of very long duration; suppuration of the sac from injury; castration, Barton. (Proceedings of the pathological Society of Dublin. *In Dublin Journ. of medical sciences.*)

Hématocèle ancienne de la tunique vaginale d'origine traumatique, ayant pris un développement considérable pendant le cours d'une variole non hémorrhagique (vaginalite chronique), par M. Cauchoix. (*Bull. de la Soc. anat.* XLVIIe année (1872), 2e série, t. XVII, p. 240.)

Épithélioma lobulé de la marge de l'anus simulant une tumeur hémorrhoïdaire, par M. Dupuy. (*Bull. de la Soc. anat.*, XLVIIe année (1872), 2e série, t. XVII, p. 242.)

Errors in the diagnosis and treatment of surgical aneurisms, par Stephen Smith. — *New-York, Acad. of medicine*, 19 déc. 1872. (*The medic. Record.* New-York, 15 fév., p. 87.)

Aneurism of the common femoral artery. — Dr White. (*Brit. med. Journ.*, 22 fév., t. I, p. 199.)

Storia di un doppio aneurisma poplited (Observation d'un anévrysme poplité double), par W. Bain. (*Imparziale de Florence.*)

A case of secondary hæmorrhage from the external carotid artery, with remarks. — Dr Savory. (*Brit. med. Journ.*, 22 fév., t. I, p. 197.)

Ein Lipom von ungewöhnlicher Grosse. Extirpation. Heilung (Lipome d'un volume énorme, extirpation, guérison), par le Dr K Gussenbauer. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 44, oct. 1872.)

Lymphoma, Dr Arthur Gamgee. (*Med. chir. Soc. of Edinburgh. Brit. med. Journ.*, 1er fév., t. I, p. 129.)

Horny growth (Tumeur cornée), M. Jolly. (*Brit med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Papillomatous growths (Tumeurs végétantes) et dermoïd cysts, par M. Lawson Tait. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Clinical lecture on a case of sarcoma, par J. W. Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 8 mars, t. I, p. 243.)

Five cases of malignant disease (Cinq observations de cancer). Clinique de Maunder. — London Hospital.

1. Cancer du sein. — Femme de 64 ans.
2. Cancer du sein. — Femme de 66 ans.
3. Cancer d'un ganglion lymphatique (?) — Femme de 45 ans ; ganglion épitrochléen.
4. Cancer de l'amygdale (?) — Femme de 64 ans.
5. Cancer du sein. — Femme de 64 ans. (*Med. Times and Gaz.*, 25 janv., t. I, p. 87.)

On Nœvi materni, par W. G. Carter. (*The Lancet*, t. I. p. 87.)

Considérations sur quelques cas d'ostéopériostite, à la suite d'infection purulente et de fièvres graves, par Alfred Bruant. (*Thèse de doctorat*, Paris, in-4°, 38 p.)

Kyste séreux du foie ayant suppuré sous une influence inconnue (Infection purulente consécutive), par M. Bouilly. (*Bull. de la Soc. anat.*, XVLII° année (1872), 2e série, t. XVII, p. 138.) C'est un fait de pyohémie interne sans traumatisme, consécutive à la formation d'abcès du foie, comme cela se voit quelquefois pour le rein. La pyohémie de cause interne est, d'après le professeur Verneuil, aussi commune que la pyohémie de cause externe.

Pyæmia living a fixed lip-joint (Pyohémie laissant après elle une ankylose de la hanche). (*Guy's Hosp. Reports*, 1872, XVIIe vol. p. 372.) Cas d'infection purulente bien caractérisée, terminé par la guérison, chez une petite fille de 13 ans.

Plaie compliquée du poignet droit. Morsure de cheval, paralysie traumatique du nerf radial. Ecrasement de la main gauche. Ecrasement des doigts, production cornée simulant la régénération des ongles. Plaie de la plante

du pied à la suite d'une contusion de la face dorsale. Observations du Dr Gillette. (*Un. méd.*, n° 22, p. 257.)

Beiträge zur Geschichte der Chirurgie. Die Geschichte der Wunden bei den Spaniern von der ältesten Zeiten bis zur jüngsten Gegenwart und insbesondere jene der Schusswunden (Contributions à l'histoire de la chirurgie. Histoire des plaies en général et des plaies par armes à feu en particulier, chez les Espagnols, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours). Dr J.-B. Ullersperger. (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, t. II, n° 3, 14 fév. 1873, p. 254-310.)

Étude sur les gangrènes dans les blessures par armes à feu, par J.-F.-Angel-Cyprien Nadaud. (*Thèse de doctorat*. Paris, in-4°, 40 p.)

Rapport sur l'ambulance du petit quartier, à Haguenau, par M. Jœssel, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg. (*Mém. de la Soc. méd. de Strasbourg*, 1872, p. 101.)

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

ANALYSES.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. F. MEYER. (1 *vol. in-12, Paris*, 1873.)

Ce traité pratique n'est autre qu'un manuel. M. E. Meyer se charge d'ailleurs d'en prévenir le lecteur dans quelques pages de préface :

« Un manuel des maladies des yeux, dit-il, a toujours été « jugé utile aux élèves pour *étudier*, aux praticiens pour rappeler « leurs souvenirs.» « Il est certain, ajoute-t-il plus loin, qu'un « manuel, aussi complet qu'il soit et aussi bien qu'il soit fait, ne « peut remplacer, pour les élèves, ni les démonstrations cliniques, « ni les exercices pratiqués ; mais il doit servir de *base* aux unes « et aux autres.»

Ainsi entendu, le rôle d'un manuel serait en fait d'une importance capitale. Or, il nous est difficile de partager l'opinion de l'auteur, et nous croyons que les livres de ce genre, excellents pour *repasser*, pour *revoir rapidement* ce qu'on a dû apprendre plus longuement ailleurs, sont mauvais pour étudier. Engager les élèves à *apprendre* leur pathologie oculaire ou autre dans ces livres, ne nous paraît pas logique. En veut-on un exemple ? M. Meyer peut-il prétendre enseigner les affections des voies lacrymales dans les vingt pages qu'il leur consacre?

A la fin du premier chapitre, où se trouve exposée la méthode à

suivre pour explorer l'œil et ses annexes, M. Meyer, imitant Stellwag von Carion, a cru devoir consacrer un article général à la thérapeutique des ophthalmies ou plutôt à la thérapeutique et à l'hygiène des maladies de l'œil. Dans l'étude de ces dernières, l'auteur a suivi à peu près l'ordre anatomique. En effet, il examine successivement et dans des chapitres séparés : 1° les lésions de la conjonctive; 2° celles de la sclérotique et de la cornée ; 3° celles de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde. Ici, se place assez justement l'histoire du glaucome, puis viennent les maladies du nerf optique et de la rétine.

Avant de passer en revue les affections des milieux transparents profonds, cristallin et corps vitré, M. E. Meyer consacre un assez long chapitre à l'examen des amblyopies et amauroses. Il ne s'agit plus ici de la discussion d'un symptôme au point de vue du diagnostic : l'auteur emploie ces mots « dans leur acception la plus restreinte » et comprend sous ce nom l'étude d'affections caractérisées par un affaiblissement de la vue, sans lésions appréciables, ou bien avec atrophie des papilles optiques. Il est difficile de s'expliquer l'intercalation de ce chapitre, qui, suivant nous, eût été mieux placé après l'étude des maladies du corps vitré et du cristallin. Enfin, nous ne comprenons pas qu'on puisse réunir dans un même paragraphe l'examen de lésions purement fonctionnelles, ou du moins paraissant telles, avec celui d'autres lésions dues à l'atrophie des papilles, atrophie précédemment étudiée dans l'exposé des maladies du nerf optique. Les deux chapitres qui suivent offrent un véritable intérêt et sont très-complets. Ils ont trait : 1° à la réfraction et à l'accommodation ; 2° aux altérations des muscles de l'œil (paralysies, strabismes). Pour leur rédaction, l'auteur a largement puisé dans ses *Leçons sur la réfraction et l'accommodation* (1869) ainsi que dans son *Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil* (1870). A ce propos, nous ferons remarquer que, dans les divers chapitres de son livre, M. Meyer décrit avec soin les méthodes et les procédés opératoires applicables à la cure des lésions qu'il étudie ; c'est ainsi que le traitement chirurgical de la cataracte est très-complétement exposé, relativement au volume du manuel, bien entendu. Un dernier chapitre, beaucoup trop abrégé dans certaines points, comprend l'examen des maladies des paupières, des voies lacrymales et de l'orbite.

De nombreuses figures intercalées dans le texte en facilitent la lecture. F. TERRIER.

Des agents anesthésiques et de leur emploi dans la chirurgie oculaire. — Parallèle entre le chloroforme et l'éther, par M. DUWEZ, de Bruxelles. (*Ann. d'oculistique, janvier et février* 1873, *p.* 13-47.)

En fait, l'auteur divise son travail en deux parties. Dans une

première, il compare le chloroforme à l'éther et examine les raisons qui, suivant lui, doivent faire préférer ce dernier agent anesthésique. Dans la seconde partie, il examine les indications de l'emploi de l'éther dans les opérations qu'on pratique sur les yeux.

I. Réfutant les nombreuses objections soulevées par les chirurgiens contre l'emploi de l'éther comme agent anesthésique ordinaire, M. Duwez continue son plaidoyer en s'appuyant sur des preuves tirées de la physiologie expérimentale et de l'innocuité relative de l'éther.

Le danger de l'emploi du chloroforme résulterait surtout de sa pesanteur spécifique considérable, de son insolubilité, de son point d'ébullition élevé, enfin de ce qu'il contient un élément irritant. Cet agent, d'après Richardson et Faure, agirait sur la circulation et tendrait à l'arrêter; au contraire l'éther, quelque largement absorbé qu'il puisse être, ne produirait jamais qu'une légère diminution de la circulation artérielle.

Contrairement à Cl. Bernard et à M. Perrin, le chloroforme ne tuerait pas par syncope, mais bien en entravant la circulation pulmonaire, la petite circulation. L'arrêt de la respiration serait donc le phénomène initial, et la suspension de l'action du cœur suivrait cet arrêt. Toujours contrairement aux opinions de Cl. Bernard, et s'appuyant sur les recherches de Faure et Richardson, M. Duwez croit que l'asphyxie est la cause principale de l'anesthésie, et qu'elle résulte précisément de l'action de la vapeur inhalée sur la petite circulation. Toutefois il admet, *sans répugnance*, que la molécule gazeuse contenue dans le sang peut au contact de la cellule sensitive produire l'anesthésie, ou du moins favoriser son développement.

La conclusion pratique de cette théorie, d'ailleurs très-contestable, c'est qu'il faut employer l'anesthésique qui agit le moins sur la petite circulation, soit l'éther, qui en outre n'est pas irritant par lui-même.

« Est-ce à dire, ajoute-t-il, que l'innocuité de l'éther soit constante? » Il ne le croit pas; aussi conseille-t-il de prendre toujours des précautions dans l'emploi de cet agent. Il est vrai que ces précautions pourraient ne pas être considérées comme telles par certains chirurgiens; en effet, l'auteur vante et adopte le procédé de Jeffries, soit les *inhalations brusques*. Pour M. Duwez « l'attaque « brusque l'emporte sur l'inhalation progressive et l'éther est pré« férable au chloroforme. S'il survient une cyanose trop prononcée, « un trouble ou une suspension des mouvements respiratoires, un « tumulte des battements du cœur, il suffit d'éloigner l'éther pour « que tout rentre dans l'ordre, que le dynamisme musculaire repro« duise l'inspiration, et *que le rayonnement de la vie éclate de « nouveau dans l'organisme, comme si le malade n'avait pas eu « le temps de mourir.* »

l'auteur indique en note les moyens à utiliser et qui, suivant lui, suffisent en général.

II. La seconde partie, celle qui a trait à l'ophthalmologie, est beaucoup plus courte. Réfutant les règles trop étroites données par de Græfe à propos des indications des anesthésiques, l'auteur insiste, avec raison, sur l'inutilité et le danger même d'une anesthésie incomplète, qui excite plutôt les malades et rend les opérations très-difficiles. Mais il faut pousser très-loin la narcose pour que l'œil soit immobile, de là des craintes qui ont porté « certains chirurgiens » à proscrire l'anesthésie. L'auteur aurait pu ajouter sans crainte qu'aujourd'hui *beaucoup d'opérateurs*, après avoir employé les anesthésiques, ont complétement abandonné cette pratique pour éviter des accidents toujours très-graves. Heureusement que la substitution de l'éther au chloroforme est, suivant l'expression de M. Duwez « appelée à opérer, à cet égard, une certaine *révolution* dans les esprits. »

L'éthérisation doit être la règle dans l'opération de la cataracte ; dans l'iridectomie, surtout s'il y a des adhérences ; dans l'iridodésis simple ou double ; dans l'opération de la cataracte pseudo-membraneuse ; dans celle de la cornée conique par les procédés de Bowman et Bader ; enfin dans l'extirpation du globe oculaire et la strabotomie.

« Au résumé, dans l'immense majorité des opérations qui se « pratiquent sur les yeux, se priver de l'anesthésie c'est man- « quer de prudence et peut-être marcher volontairement vers « l'insuccès. »

Il est bien entendu qu'il ne s'agit que de l'anesthésie par l'éther.

F. TERRIER.

Des troubles fonctionnels et organiques de l'amétropie et de la myopie en particulier, etc., par M. Antony MIARD. (1 *vol. de* 460 *pages in-*8°, *J. B. Baillière, Paris*, 1873.)

Il est très-difficile de donner un compte rendu un peu complet et détaillé de ce volume ; c'est qu'en effet, comme le dit l'auteur dans sa préface, le travail qu'il entreprend « appartient par sa na- « ture complexe à la fois à l'étude de la réfraction statique et dyna- « mique et à l'histoire des maladies du sac irio-choroïdien. C'est « l'*ophthalmologie tout entière* » qu'il met à contribution.

De plus, s'adressant aux médecins « à qui les questions ophthalmologiques sont déjà familières, » M. Antony Miard a évité les détails, renvoyant aux mémoires originaux des maîtres et croyant ainsi ne diminuer en rien « le mérite et la portée réelle de son travail. » A-t-il entièrement réussi ? Nous n'oserions l'affirmer et cer-

tains passages n'auraient évidemment pas perdu à être plus développés.

I. Dans une première partie, longuement travaillée et renfermant un luxe de détails encyclopédiques, l'auteur examine l'étiologie de la myopie ; étiologue si discutée et à propos de laquelle on a émis les opinions les plus contradictoires.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à démontrer, 1° Que *la myopie ne résulte pas d'un état spécial de la réfringence de la lentille oculaire ;* 2° Qu'elle *ne reconnaît pas pour origine des dispositions anatomiques ou fonctionnelles des muscles obliques.* C'est dire que M. Miard réfute les opinions formulées par M. Giraud-Teulon.

L'étude de la myopie dans ses rapports avec le dynamisme divergent, le spasme ciliaire, et l'excès d'accommodation ; la réfutation de la théorie de Arlt, celle des opinions de V. Ammon, Sichel, Jœger, etc, constituent les chapitres suivants (III, IV, et V).

Enfin l'auteur termine cette première partie : en traitant *de la myopie héréditaire;* en examinant l'*œil atteint de myopie type et spontanée*, comme un œil physiologique; en le considérant au double point de vue de l'*anthropologie et de la famille.*

Un dernier chapitre (IX) est consacré aux *conclusions générales* sur l'origine de la myopie et des autres défauts de réfraction.

Citons les plus importantes : la myopie est un vice de construction mathématique; la véritable myopie est due à un allongement absolu du globe.

Cette élongation est d'habitude *physiologique* et *congénitale*, et sous cette dernière dénomination l'auteur fait intervenir non une hérédité pathologique, mais une question de race.

Il s'agirait alors d'une prédisposition anthropologique ; « si bien, dit-il, que les Chinois, les Égyptiens, les Kabiles, etc., tous voués anthropologiquement à l'hypéropie naturelle pourraient être plus civilisés que les Allemands ou les Français, sans pour cela souffrir autant que ces derniers les graves inconvénients de la myopie. »

La choroïdite ectasique, origine de l'exagération de la myopie, est une complication de la myopie qu'il appelle *mathématique simple;* myopie qui ne se manifeste par aucun trouble appréciable nuisible à la vision et qu'on a bien appelée myopie *latente.*

Les dénominations de myopie *stationnaire, périodiquement ou temporairement progressive et absolument progressive*, sont répudiées par l'auteur, qui n'admet qu'une *myopie type* pouvant entraîner à sa suite des accidents.

Enfin, fait important s'il était démontré pour tous, « la myopie véritable est indépendante de l'usage des yeux et doit être aussi fréquente dans les basses que dans les hautes régions de la société. » Cette opinion, en opposition avec ce qu'on admet généra-

lement, paraît confirmée par les recherches entreprises par Stellwag von Carion et Jæger sur la myopie congénitale.

En résumé : la myopie *type normale, ordinaire* serait mieux appelée *miopie physiologique;* elle est primitive, essentielle; « ce n'est pas une maladie, mais l'occasion fréquente de maladies multiples. »

Quant à la myopie *acquise*, elle n'est ordinairement qu'un symptôme, voire même un symptôme secondaire; du reste elle n'est que très-rarement symétrique. Aussi, certains auteurs ont-ils rapporté les asthénopies des myopes à l'état *asymétropique* de leurs yeux.

II. Dans la deuxième partie de son travail l'auteur examine : *l'accommodation dans les divers états amétropiques, leurs maladies organiques et fonctionnelles.* Le titre seul de cette deuxième partie suffit pour faire comprendre son étendue et la multiplicité des questions qui y sont discutées.

Ajoutons que l'étude des états amétropiques, examinés par M. Antony Miard, a surtout trait à la myopie, et que s'il expose les modifications dues à l'hypéropie, c'est principalement pour venir à l'appui des idées qu'il émet sur la myopie et sur ses suites.

Le titre des divers chapitres de cette deuxième partie suffira, croyons-nous, pour donner au lecteur une idée des nombreux points de physiologie, de physiologie pathologique et de pathologie traités par l'auteur.

1° *L'œil est une lentille vivante. — Fonction du sac irido-choroïdien.* — C'est en résumé l'examen des théories de l'accommodation et l'exposé du rôle du muscle ciliaire dans la myopie et l'hypermétropie.

2° *Théories erronées de l'accommodation.* — L'auteur nie l'accommodation négative.

3° *La réfraction dynamique n'est pas directement proportionnelle à la convergence.*

4° *Strabisme convergent et divergent dans l'amétropie.* — Le strabisme convergent est dynamique et fonctionnel; tandis que le strabisme divergent est la conséquence ordinaire d'un état passif du *sensorium*, d'une condition anatomique congénitale ou pathologique acquise. L'auteur réfute la théorie de M. Giraud-Teulon sur l'insuffisance des muscles droits internes, et ajoute que le strabisme interne convergent est le strabisme selon la règle; c'est le plus fréquent, hors les cas de cécité, où l'on observe le strabisme divergent.

5° *De la circulation locale oculaire.* — Chapitre intéressant où se trouve exposé l'influence de l'accommodation sur la circulation choroïdienne.

6° *Conséquences morbides de la suppression partielle ou totale de l'activité accommodative.* — Il en résulterait une congestion des vaisseaux profonds, une tension spéciale du globe dite *tension*

myopique qu'il ne faut pas confondre avec celle qui appartient à l'état glaucomateux, à la choroïdite staphylomateuse. La première de ces tensions est fonctionnelle, la seconde est deutéropathique, symptomatique de lésions profondes.

7° *Le staphylome n'a rien de spécifique.* — Il peut exister dans tous les états de la réfraction et dans les cas où on le dit lié à l'insuffisance des droits internes, il faut aussi tenir grand compte de l'état de l'accommodation.

8° *Chacune des origines différentes attribuées à la progression staphylomateuse est inacceptable d'une façon générale.*

Contestant toujours les idées de M. Giraud-Teulon, l'auteur conclut, « que si l'on ne peut nier complétement l'action des obliques, « comme condition exceptionnelle de formation du staphylome *au* « *début*, on doit rejeter cette cause comme générale : elle ne peut « s'accorder avec les exigences de l'anatomie pathologique et de la « physiologie. »

9° *Théories qui placent la cause du staphylome postérieur soit dans le système musculaire externe; soit dans l'accommodation normale, individuelle, idiosyncrasique et spéciale; soit dans les efforts répétés pour voir de près.*

M. Miard réfute toutes ces théories, dont quelques-unes d'origine française ont été exploitées par les Allemands pour démontrer leur haut degré de civilisation!

10° *Ni la phlegmasie, ni la tension intra-oculaire ne sont les causes primitives du staphylome myopique.* — Quant à la *prédisposition staphylomateuse*, elle est très-contestable, et d'ailleurs pourquoi n'appartiendrait-elle qu'à la myopie, au moins dans l'immense majorité des cas? En résumé la cause première du staphylome est un état spécial de la réfraction, la myopie, et « c'est dans les éléments qui « constituent le défaut réfringent ou dans ses conséquences vis-à- « vis du système fonctionnel, qu'il faut chercher les causes logiques « et immédiates des troubles asthénopiques divers..... qui forment « le cortége inévitable de la plupart des myopies fortes. »

11° *Conditions habituelles de l'existence de l'ectasie myopique.* — Pour M. Miard, « la condition organique principale du staphylo- « me dans la myopie est l'élongation antéro-postérieure du globe. La « condition fonctionnelle est l'*inertie ciliaire*, c'est-à-dire le dé- « faut d'usage de la réfraction dynamique. »

12° *Atrophie ectasique de la myopie. Ses caractères généraux.* — De l'étude des symptômes et de celle de l'anatomie pathologique, il faudrait conclure que cette atrophie n'est pas de nature *inflammatoire* et que les noms de scléro-choroïdite ou de choroïdite atrophique sont mauvais. D'ailleurs cette atrophie n'appartient pas exclusivement à la myopie et se rencontre chez les presbytes, avec ou sans ectasie des membranes.

13° *Déplacement de la situation générale du globe dans l'ec-*

tasie myopique.— Strabisme symptomatique de la myopie, par accommodement mécanique. — Asthénopies.

Le strabisme divergent symptomatique de la myopie serait dû à un accommodement passif du bulbe oculaire au manchon orbitaire normal ou pathologique qui l'enchâsse. Il n'y aurait donc pas à rechercher s'il y a insuffisance des abducteurs ou excès d'action des abducteurs.

Quant aux asthénopies, dites musculaires, il faudrait rejeter cette expression et la remplacer par celle d'*asthénopie de la vision binoculaire*, ou encore d'asthénopie *myopique* quand il s'agit de ce trouble de la réfraction statique. Ajoutons que cette question des asthénopies binoculaires est étudiée avec grand soin et beaucoup d'originalité.

14° *Mécanisme des altérations atrophiques de l'hémisphère postérieur du globe dans la myopie.*

L'auteur insiste sur les dispositions anatomiques spéciales de la région placée entre la macula et la papille, région par laquelle débute l'atrophie choroïdienne, et qu'il nomme *triangle nervoso-polaire.*

15° *De la décortication du nerf optique, cause de distension et d'atrophie locale de la région péripapillaire. — Phénomènes objectifs staphylomateux.* — En général on n'insiste pas sur la décortication du nerf optique par le fait même des mouvements du globe ou mieux de l'accommodement orbitaire physiologique, si l'on accepte les expressions de M. Miard. Or ce serait là une des causes efficaces de l'apparition de l'ectasie staphylomateuse.

16° *Dilatation du globe atteint d'hypotrophie myopique. Troubles rétiniens deutéropathiques.*

Sous le nom d'hypotrophie il faut comprendre un état atrophique encore peu développé, mais qui ne tardera pas à se caractériser ; d'ailleurs l'auteur emprunte cette expression à Piorry et Andral.

17° *Relations entre l'excès de réfraction, sa progression, le staphylome et les accidents ectasiques divers.* — Ces relations ne sont pas rigoureusement proportionnelles comme on l'a dit.

18° *Circonstances favorables ou défavorables au développement des maladies myopiques.*

19° *Comment le staphylome existe en dehors de l'excès de réfraction*, par exemple, lors d'amaurose, dans la vieillesse, après l'opération de la cataracte, etc.

Ces diverses questions, discutées et en partie élucidées, M. Antony Miard résume dans un paragraphe spécial « l'ensemble des troubles fonctionnels et organiques internes » qu'il vient de passer en revue.

« Les actes morbides résultats de l'élongation antéro-postérieure « du globe, » constituent en effet « une véritable affection » qu'il

désigne sous le nom d'*hypotrophie myopique*. A côté de celle-ci marche de pair l'asthénopie binoculaire convergente.

La partie la plus intéressante de ce paragraphe est certainement celle qui a pour objet l'étude du traitement de la myopie, traitement qui doit avoir pour but, non de guérir ce trouble de réfraction congénital, mais « de prévenir, de pallier, de ralentir, d'arrêter même la marche des maladies myopiques. » Parmi les moyens à utiliser au point de vue prophylactique, l'auteur conseille avant toute chose la *neutralisation* PARFAITE *de la myopie* par des verres appropriés.

Enfin, le dernier paragraphe de la deuxième partie a pour titre: *Les deux grandes classes de strabismes amétropiques : leurs causes, leurs natures, leurs caractères essentiels.* — Les uns sont dynamiques, fonctionnels et, dans la plupart des cas, *convergents;* les autres sont mécaniques, résultent de l'*accommodement* et sont d'ordinaire *divergents*.

III. La troisième et dernière partie du livre de M. Antony Miard est intitulée : *Complément relatif à l'amétropie totale symétrique, l'anisométropie, l'astigmatisme statitique et dynamique*. L'auteur y examine successivement : l'origine des défauts de la réfraction, leur nature, la fréquence de l'astigmatisme, la vue dans l'amétropie, les corrections physiologiques des vices amétropiques, les strabismes liés à l'anisométropie et à l'astigmatisme, le meilleur des yeux amétropes, les yeux tendres résultant de l'amétropie, la presbyopie dans les divers états réfractifs. Il termine par la relation d'un certain nombre de cas d'amétropie (18 observations), choisis par lui, pour venir à l'appui des idées qu'il défend soit sur le développement du staphylome, soit sur l'apparition du strabisme; etc.

Résumant enfin ses idées, M. Antony Miard conclut à l'existence de trois sortes de lésions amétropiques : les unes intra-oculaires, les autres extra-oculaires, d'autres inhérentes aux dispositions géométriques de l'organe.

Trois lois primordiales domineraient l'histoire physiologique et pathologique des défauts de réfraction.

Ces « lois relatives aux formes statiques ou dynamiques, animales de la vie » sont :

a) La loi de *conformité* ou de *symétrie*, dans l'état congénital héréditaire ou inné.

b) La loi de *diversité* ou d'*assymétrie*, spontanée et accidentelle dans l'état de naissance, deutéropathique et générale pour les cas acquis;

c) La loi d'*harmonisation*, de *rappel* ou de *correction fonctionnelle* des écarts organiques de juste mesure, et se traduisant, dans l'observation clinique, par deux formes ou états, l'*inertie* ou l'*hypéractivité* fonctionnelle. Ce sont ces deux états, surtout le premier, qui souvent amènent des troubles morbides irrémédiables, leur in-

tervention ne serait donc pas aussi *providentielle* qu'on pourrait le croire *à priori*. FÉLIX TERRIER.

Zur Diagnose der Muskelinsufficienzen (Du diagnostic de l'insuffisance musculaire, par le Dr KUGEL. (*Archiv für Ophthalmologie, tome XVIII 2e part.*)

L'auteur de ce travail, atteint lui-même d'insuffisance musculaire, a cherché à préciser plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les règles qui permettent de diagnostiquer et de mesurer l'insuffisance musculaire.

On procède d'habitude à ces recherches au moyen d'un prisme tenu verticalement au-devant d'un œil, pendant que le malade fixe une ligne verticale traversée par un point (de Grafe). Si l'œil armé du prisme est atteint d'une anomalie de réfraction, ou a une acuité mauvaise, l'image qui se forme est quelquefois trop faible pour être perçue et la diplopie n'apparaît pas. Dans ces cas, surtout si l'on fait l'épreuve à une certaine distance, il faut faire fixer une grosse tâche noire au lieu d'un petit point, parfois enfin la lumière d'une lampe. De plus, on ne doit pas oublier que l'image excentrique d'un objet sur la rétine est projetée dans l'espace d'autant plus loin de la ligne visuelle, que cet objet est plus éloigné de l'œil. Ainsi à la distance de 35 centimètres avec un prisme de 14° à base inférieure l'écartement des images en hauteur était de 5 centimètres (épreuve faite sur le docteur Kugel), et latéralement par suite de l'insuffisance de 4 centimètres. Tandis qu'à la distance d'un mètre et demi la divergence en hauteur était de 18 centimètres, latéralement elle n'avait pas changé et était toujours de 4 centimètres. Malgré l'augmentation apparente de la distance des images en hauteur, l'image excentrique de la rétine était pourtant restée à la *même distance* de la macula, car un prisme de 14° à base inférieure placé, devant l'œil droit, fusionnait complétement les images dans le premier cas comme dans le second. De même une recherche analogue avec un prisme placé latéralement indiquait que, malgré le maintien apparent de la distance *latérale*, l'image rétinienne était moins éloignée *latéralement* de la macula. Il faut donc tenir compte de la distance de l'objet fixé quand on veut se faire une idée approximative du degré de l'insuffisance musculaire, par l'écartement latéral des images.

Le prisme qui convient le mieux pour provoquer la diplopie est un prisme de 10°: au-dessous, l'écartement en hauteur des deux images est tel, que l'un des points sort parfois des limites de la surface blanche sur laquelle on regarde (feuille de papier), et échappe alors à l'observation ; au-dessus, l'écartement peut être assez faible pour être surmonté par l'exagération fonctionnelle des droits supérieurs ou inférieurs.

La recherche de l'insuffisance musculaire au moyen des prismes, qui est due à de Grafe, a été dans ces derniers temps vivement critiquée par le docteur Mannhardt. (*Archiv für Ophth.*, tome XVII, 2me partie.)

Les principaux reproches qu'il formule contre cette méthode sont les suivants : l'intervention de la volonté, l'intelligence du sujet soumis à ces épreuves peuvent modifier singulièrement les conditions de production de la diplopie, et quand elle existe, la distance des deux images. La détermination de l'insuffisance par ce procédé n'est pas plus précise que celle obtenue, en tenant compte des mouvements qu'exécute sous un verre dépoli (procédé de Javal) l'un des deux yeux soustrait ainsi à l'acte de la vision binoculaire, pendant que l'autre entre en fixation. Trouvant ce moyen de diagnostic insuffisant, le docteur Maunhardt en recherche un autre. Il s'efforce avant tout d'établir que dans un grand nombre de cas la myopie est consécutive à la préexistence d'une insuffisance musculaire qui reconnaît elle-même une double origine: 1° La distance plus grande des centres des deux pupilles ; 2° Une conformation particulière du crâne qui est plus favorable à l'action des muscles droits externes. Ces deux causes s'ajoutent, accumulent leurs effets pour s'opposer aux mouvements de convergence, d'où l'origine de l'insuffisance des droits internes. Ceci posé, le diagnostic et la mesure de l'insuffisance musculaire découlent de la proposition suivante. La somme des angles d'abduction et d'adduction a toujours la même valeur, que l'œil soit dans un état physiologique ou pathologique, et la ligne visuelle, pour passer de la divergence extrême à la convergence extrême doit décrire un arc de 24°. Le point de rencontre de la ligne visuelle avec le plan vertical médian sera situé à une distance d'autant plus grande de l'œil, que l'arc de 24°, qu'elle est toujours en état de parcourir, s'étend plus du côté de l'abduction. Connaissant la distance qui sépare les deux yeux, on arrive facilement par des constructions graphiques à trouver ce point de rencontre et à mesurer ainsi le degré d'insuffisance dans l'adduction (1). Le docteur Kugel, qui a cherché à apprécier et à mesurer ainsi sur lui-même l'insuffisance dont il est atteint, n'admet pas ce résultat. Il fait observer que Mannhardt base ses conclusions sur des prémisses fausses, car si dans les conditions physiologiques la ligne visuelle décrit un cercle de 24° pour passer de l'abduction extrême à l'adduction extrême, il n'en est plus de même à l'état pathologique. De Grafe avait déjà eu soin de signaler les cas dans lesquels, bien qu'il y ait une puissance d'adduction défectueuse, la divergence facultative à distance manque complétement, où parfois même la fixation binoculaire pour les objets éloignés se fait avec convergence. Il existe réellement alors une diminution dans l'étendue de l'adduction, et une réduction

(1) *Archiv für Ophth.*, tome XVII, 2e partie.

dans l'arc excursif de 24° que les lignes visuelles peuvent décrire dans les conditions normales.

Après s'être livré à cette discussion et à cette réfutation des travaux de Mannhardt, le docteur Kugel décrit une série de symptômes observés sur lui-même qui permettent d'établir le diagnostic de l'insuffisance musculaire des droits internes :

1° Un verre coloré tenu devant un œil (celui qui a la meilleure acuité) provoque dans la vision de près l'apparition d'une diplopie croisée ;

2° Lorsque le plan de la vision s'élève, l'acuité visuelle éprouve une diminution notable, pendant l'acte de la vision binoculaire. L'inverse a lieu quand le plan est dirigé en bas. Ceci est dû, ainsi que l'a démontré directement de Græfe au moyen des prismes, à ce que dans la première position des yeux, l'insuffisance musculaire augmente, tandis qu'elle diminue dans la deuxième ;

3° Dans le regard de côté on observe généralement une diminution de l'insuffisance musculaire. Ceci n'avait pas non plus échappé à de Græffe qui avait signalé la déviation latérale de la tête chez certains malades qui évitaient ainsi les fatigues asthénopiques ;

4° Lorsque l'équilibre musculaire des yeux est normal, en faisant tourner un prisme autour de l'axe antéro-postérieur d'un œil, par l'image perçu cet œil suit les mouvements du prisme et décrit un cercle dont le centre est occupé par l'image perçue par l'autre œil maintenu en fixation. S'il existe une insuffisance musculaire, si faible qu'elle soit, l'image de l'œil en fixation n'occupe plus le centre du cercle décrit par l'autre, mais elle est située, soit en dehors du centre dans le cercle, soit sur le cercle même, soit en dehors du cercle suivant le degré d'insuffisance.

5° Si l'on fixe une ligne verticale et qu'on place au devant de cette ligne un carton placé perpendicalement à la surface sur laquelle elle est tracée, de telle sorte que la partie supérieure de la ligne ne soit vue que par l'œil gauche, et la partie inférieure par l'œil droit, ces deux portions de lignes se séparent, s'écartent et ne sont plus sur le prolongement l'une de l'autre.

CH. ABADIE.

Considérations critiques sur l'opération de la cataracte par extraction, par M. SICHEL fils. (*Archives générales de médecine, mars* 1873, *p.* 347-367.)

Dans cette longue revue critique, M. Sichel a eu pour but « de comparer entre elles les différentes méthodes proposées pour exécuter l'extraction de la cataracte. « Nous voudrions surtout chercher « à démontrer, dit-il, que les résultats fournis par elle ont été en « s'améliorant de plus en plus, au fur à mesure qu'on s'écartait

« davantage de l'opération classique de Daviel pour arriver à l'ex-
« traction linéaire périphérique de de Graefe. »

L'auteur aurait certainement pu intituler son article, *Des avantages de l'extraction linéaire de de Græffe*. Après un rapide examen des modifications qu'on a fait subir à la méthode de Daviel, et acceptant comme bonne toute modification, *quelque puérile qu'elle paraisse*, pourvu que les statistiques *publiées* lui soient favorables, M. Sichel, passe rapidement sur les procédés de Mooren, de Jacobson, accordant d'ailleurs à M. de Wecker tout l'honneur de l'iridectomie pratiquée en même temps que l'extraction.

D'après l'auteur, l'idée de l'extraction linéaire périphérique combinée à l'iridectomie, fut en partie inspirée à de Graefe par l'opération de Jacobson (de Kœnigsberg.) Toujours est-il qu'il fallut encore quelque temps à l'ophthalmologiste de Berlin, avant de mettre à exécution l'opération qu'il méditait et que les tentatives de Critchett et de Schuft ou de Waldau, eurent aussi quelque influence sur le modus faciendi, de sa méthode. Celle-ci est rapidement décrite par M. Sichel, trop brièvement peut-être, et les indications qu'il donne sur l'endroit exact où doit se faire la ponction et la contre-ponction nous paraissaient insuffisantes.

Dans le manuel opératoire de de Græffe, on sait qu'il est question de l'emploi possible d'un *crochet à cataracte*, lorsqu'il s'agit d'extraire une cataracte « complétement dure. » N'est-ce pas là, très-probablement un reste des idées qui avaient guidé Schuft et Critchett; ce procédé malheureux, assez vite abandonné par de Graefe fut remplacé par la manœuvre d'expulsion (Sturtz manœuver).

Grâce à l'opération de de Graefe, on évite deux des accidents les plus graves de la méthode de Daviel soit: 1° l'écartement du lambeau et sa mortification, 2° la contusion de l'iris. De plus, cette manière de faire permettrait d'expulser entièrement les masses corticales, ce qu'il serait impossible de faire quand l'iris et intact ? Or, ces masses sont, on le sait, une des causes fréquentes de l'iritis consécutive à l'extraction.

Complétant son examen, l'auteur compare les deux procédés de Daviel et de de Graefe et couclut avec raison, croyons-nous, en faveur de ce dernier. Il est vrai, qu'il avoue une légère imperfection du procédé de son maitre allemand, et qu'avec Arlt, Critchett, de Wecker, et d'autres encore qu'il aurait pu citer, il conseille de donner « à la section une position un peu moins périphérique que ne l'avait tout d'abord conseillé de Graefe. Sans cela, on observe fréquemment une rupture de la zonule de Zinn et une perte d'une partie du corps vitré.

Abordant la partie statistique de son travail, M. Sichel, donne les résultats obtenus successivement par Daviel, par son père, qui suivait le procédé de Joeger père, par Hasner de Prague, par de Graefe (avant la méthode linéaire), par Mooren (de Dusseldorf), par

Jacobson et de Wecker, enfin par Bowmann. Ces statistiques sont très-curieuses, puisqu'on y voit ce dernier auteur, qui employait l'extraction à grandes curettes (Scoop Extraction) obtenir 82,5 succès p. °/₀ et 9 demi-succès p. °/₀, et cependant, il s'agit là d'un procédé *détestable*, puisqu'on ne doit « jamais introduire d'instruments dans l'œil pour le débarasser de son cristallin ou des débris de celui-ci. » Quoi qu'il en soit les meilleurs résultats obtenus, ceux de Mooren $\left(\frac{90}{100}\right)$ et de Wecker (méthode de Jacobson. $\left(\frac{89}{100}\right)$, sont au-dessous des moyennes qui résultent de l'application de la méthode de de Græffe, soit 94 p.°/₀ et même 96,85 p.°/₀ (Wecker.)

De l'aveu de l'auteur l'opération de de Graefe en difficile, aussi s'explique-t-il les modications qu'on a voulu lui faire subir (Küchler, Weber, Libreeich, Notta), modifications qu'au lieu de rejeter en quelques mots, il aurait pu discuter puisqu'il écrivait une revue critque.

D'ailleurs M. Sichel, a lui même apporté quelques retouches au procédé de son maître regretté ; il proscrit les instillations d'atropine avant l'opération, ce qui faciliterait l'excision de l'iris ; au lieu de sectionner dans la sclérotique, il porte légèrement le tranchant de son couteau en avant « de façon à sectionner tangentiellement au bord de la cornée. » C'est un intermédiaire entre les procédés de Arlt et de Crittchett.

Il est vrai que l'idée théorique de la section suivant un grand cercle n'est plus guère appliquée, mais l'auteur n'a pas cru devoir en parler. L'excision de l'iris et la discision de la capsule n'ont pas été modifies ; « restent les manœuvres destinées à expulser le cristallin. » M. Sichel aurait remarqué, que pendant la cystitomie il peut, dans certains cas, se produire une subluxation du cristallin, que par les manœuvres d'expulsion cette luxation tend à s'exagérer et qu'enfin le cristallin ne sortait qu'en contusionnant le corps ciliaire. Or, cette contusion non plus de l'iris, mais du corps ciliaire, pouvant donner naissance à l'iritis ou a l'irido-choroidite, il fallait l'éviter. Profitant de la manœuvre prescrite par Weber pour l'application de sa curette d'écaille, l'auteur l'utilise pour déprimer la lèvre postérieure ou sclérienne de l'incision, dans le but de refouler le corps ciliaire.

Tout d'abord il se contente de cette simple pression pour faire sortir le cristallin, et y ajoute tout au plus un très-léger effort sur le globe avec la pince fixatrice. S'agit-il de cataractes dures, ou avec des masses corticales gluantes, il n'insiste pas et tenant sa curette d'écaille en place pour faire bâiller l'incision, il fait *exécuter par l'aide* la manœuvre d'expulsion de de Græffe.

C'est là, croyons-nous, un grave inconvénient et il ne s'agit pas seulement de rappeler le mot de Malgaigne, à propos *de l'aide exercé, intelligent et non jaloux*, pour comprendre qu'il est toujours

préférable de pratiquer cette manœuvre soi-même. Or, elle est difficile ou au moins délicate, et la faire de la main gauche, après avoir confié la pince fixatrice à l'aide, nécessite toujours de la part de l'opérateur cette sorte d'habileté si bien critiquée aussi par Malgaigne.

Dans les 25 opérations ainsi faites par l'auteur, il n'a pas eu la moindre procidence du corps vitré. M. Sichel insiste ensuite sur le pansement compressif, conseille l'emploi du chloral et préconise les pansements fréquents « constituant le seul moyen propre à « combattre les complications en temps opportun ». Il n'instille de l'atropine qu'après le rétablissement de la chambre antérieure et encore faut-il que l'iris ait de la tendance à se resserrer.

Un œdème inflamatoire particulier du bord libre de la paupière supérieur, et signe précurseur d'une complication irienne, vient-il à se montrer, il cautérise extérieurement cette paupière avec du nitrate d'argent mitigé (de Græffe), et applique un bandage plus serré. Y a-t-il chémosis il doit être incisé et il faut alors instiller de l'atropine, etc. Nous n'avons rien à dire sur la façon de combattre l'iritis; dans quelques cas, des hémorrhagies dues à une section trop périphérique apparaissent périodiquement ; il faut les traiter par la compression méthodique, quelquefois par la paracentèse.

Enfin, suivant les préceptes de son père, l'auteur ne donne des verres à ses opérés que six semaines à deux mois après l'extraction.

M. Sichel termine par l'exposé des résultats qu'il a obtenus en suivant la méthode quelque peu modifiée de son maître de Græffe et arrive à la proportion *merveilleuse* de 97,657 p. °/₀ de succès. C'est évidemment la meilleur conclusion qu'il puisse donner, en faveur de l'extraction linéaire combinée à l'iridectomie.

FÉLIX TERRIER.

Tabular Report and Remarks on two hundred extractions of cataract by Graefe's modified Linear Section (Statistique et remarques relatives à deux cents extractions de cataracte par l'incision linéaire modifiée de de Graefe), par David LITTLE, chirurgien de l'hôpital royal pour les maladies des yeux à Manchester. (*The Britsh and Foreigns Medico-Chirurgical Review*, *n°* CI. *January* 1873.)

Cette statistique contient tous les cas, compliqués ou non, opérés par l'auteur depuis 1868. Il n'a fait aucun choix parmi eux, et s'est borné à les relever sur son cahier d'observations. Les deux cents opérations ont été faites sur 148 individus, dont 78 hommes et 70 femmes. Leur âge varie entre 32 et 81 ans. Pour 115 yeux, il s'agissait de malades âgés de 60 ans et au-dessus, et il est intéressant de constater ici l'influence de l'âge sur le résultat des opérations de cataracte. Dans dix-huit de ces cas, il se produisit de

l'iritis, qui se termina neuf fois par l'occlusion de la pupille. Dans deux cas, l'œil fut perdu par *panophtalmie ;* dans deux cas, par irido-choroïdite et dans un par nécrose de la cornée.

Dans trente-six cas d'extractions, les opérés étaient épuisés, de faible constitution, rhumatisants, ou dans un mauvais état de santé. Parmi eux, il y eut dix cas d'iritis, dont cinq se terminèrent par occlusion de la pupille et cinq par la perte de l'œil.

Là encore, on peut voir que l'état de santé au moment de l'opération doit jouer un grand rôle dans le pronostic.

Notons que chez un malade affecté de diabète depuis quatre ans, l'extraction eut un plein succès.

Complications oculaires. Il est noté que six yeux avaient une cataracte polaire postérieure ; dans trois cas, la lentille avait une consistance glutineuse, trois cas étaient compliqués de myopie, qui dans un cas allait à $^1/_2$, et tous ces cas furent des succès. Pour quatre yeux, il y avait des synéchies postérieures, dans deux cas de l'*iridodenesis*, deux étaient glaucomateux : l'un accompagné de dilatation du sac lacrymal, deux de conjonctivite chronique, et trois sont désignés comme affectés de quelque lésion du fond de l'œil.

Opération et accidents concomitants. En faisant la section avec le couteau de de Graefe, l'auteur s'est efforcé le plus souvent de faire passer le milieu de l'incision à travers la limite de la cornée pour diminuer les chances de déchirure de la membrane hyaloïde. Il y a eu dans trente-deux cas issue du corps vitré (dans neuf cas, avant la sortie de la lentille). Parmi ces trente-deux cas, huit furent suivis d'iritis.

La curette de Bowman dut être introduite dans l'œil pour enlever la lentille dans vingt opérations. (Dans deux cas, sans issue du corps vitré.)

L'aplatissement de la cornée ou du globe oculaire se produisit 20 fois après l'extraction ; dans ces cas-là, il y eut 4 iritis, et l'un d'eux se termina par une irido-choroïdite.

L'iritis s'est produit 37 fois, à la suite de ces 200 opérations. 9 fois il y eut occlusion de la pupille, et dans les autres 18 cas ; l'iritis guérit en laissant la vue en assez bon état. Parmi ces faits de guérison, 10 pouvaient lire le n° 1 de Jæger, 3 le n° 2, 2 le n° 4, 1 le n° 14, 1 le n° 16 et 1 le n° 19. Dans 3 cas, la pupille était si déviée en haut, qu'il fallut recourir à une opération secondaire. L'auteur a l'habitude d'instiller de l'atropine dans l'œil 6 ou 8 heures après l'opération, et il continue l'usage de ce collyre 2 ou 3 fois par jour pendant quelque temps. Il est convaincu qu'il prévient ainsi efficacement l'iritis.

Les tableaux statistiques montrent que plus d'un tiers des cas où il se produisit de l'iritis sont consécutifs à l'issue du corps vitré.

Le chloroforme n'a été administré que quatre fois. L'auteur préfère s'en passer, car il est plus facile de débarrasser la pupille des débris de substance corticale lorsque l'opéré donne à l'œil la direction qu'on lui indique.

Résultats. 146 yeux ont pu lire dans les tables de Jæger le n° 1
14 — — le n° 2
11 — — le n° 4
3 — — le n° 6
2 — le n° 8
1 — — le n° 10
1 — — le n° 14
4 — — le n° 16
1 — — le n° 19
1 pouvait seulement compter les doigts.
9 étaient dans le même état qu'avant l'opération.
7 furent perdus.

Total... 200

En résumé, l'auteur estime qu'il a eu 3,5 0/0 d'insuccès; 7,5 0/0 de résultat imparfait, 89 0/0 de résultat parfait. Il n'est pas douteux que c'est là une fort belle statistique, et elle sera utilement consultée, vu la sincérité et la précision de ses détails.

S. P.

Vorlesungen über die optischen Fehler des Auges (Leçons sur les vices de réfraction de l'œil), par Ludwig MAUTHNER, professeur d'ophthalmologie à l'université d'Innsbruck. (*Vienne*, 1872.)

On retrouve dans cet ouvrage les qualités de l'auteur du *Lehrbuch der Ophthalmoscopie*, traité devenu classique et qui a pris un rang si honorable dans la littérature ophthalmologique.

Les points les plus intéressants et les plus difficiles de l'optique physiologique et des anomalies de la réfraction y sont exposés avec simplicité dans une série de 12 leçons.

La 1re est consacrée à l'histologie et à la physiologie de la rétine, l'on voit là combien ces deux sciences se prêtent un mutuel appui, et combien les progrès de l'une sont associés à ceux de l'autre. C'est ainsi, par exemple, qu'en cherchant à déterminer par l'expérience et le raisonnement les limites de l'acuité visuelle, on arrive à conclure que l'impression lumineuse primitive doit se faire non à la surface des cônes et des bâtonnets mais bien à leur partie moyenne. Or, d'après les beaux travaux de Schultze, les cônes et les bâtonnets présentent deux parties bien distinctes une moitié interne qui paraît constituer réellement l'appareil sensoriel, et une partie externe composée de lamelles superposées dont le rôle

physiologique serait moins élevé, peut-être même purement physique.

La 2e leçon comprend l'étude de l'accomodation. Bien qu'aujourd'hui tout le monde soit d'accord pour rattacher aux changements de courbure survenus dans le cristallin les phénomènes de l'accommodation, l'entente n'est plus aussi parfaite quand il s'agit d'en *expliquer le mécanisme*. Les théories récentes de Coccius, d'Otto-Becker sur ce sujet, ainsi que les divers changements survenus dans l'iris et les procès ciliaires pendant cet acte physiologique, sont relatés et discutés avec soin.

La 3e leçon, fort intéressante, traite de l'aberration chromatique, et monochromatique de l'œil. L'influence que cette question en apparence peu importante a exercée sur la physique et l'astronomie, a été considérable.

Newton convaincu que l'œil, appareil d'optique presque parfait, avait une aberration chromatique, désespéra d'obtenir de grands appareils astronomiques composés de lentilles achromatiques; c'est, dit-il, un résultat qu'il faut placer dans les (negotiis desperatis); aussi dirigeant ses recherches dans un autre sens il découvrit les télescopes, où les images des astres sont données par *réflexion*.

Euler adversaire de Newton, considérant l'œil comme un instrument d'optique dépourvu d'aberration chromatique (ce qui est faux en réalité), soutint qu'on pourrait obtenir des appareils d'optique, remplissant les mêmes conditions, la découverte du crown glass et du flint-glass, substances ayant, des puissances réfringentes presque semblables et des puissances de dispersion très-différentes, a confirmé pleinement ces idées. De là les découvertes de tous les instruments achromatiques, lunettes astronomiques, microscopes, etc.

La 4e leçon est consacrée à l'ophthalmométrie. Elle renferme la description des manœuvres instrumentales, et des formules élémentaires qui servent à la détermination des rayons de courbure de la cornée et du cristallin, à la mensuration de l'angle alpha. L'ophthalmomètre a déjà donné des résultats importants en optique physiologique. Il y a lieu d'espérer qu'après les perfectionnements apportés dans l'instrumentation par Reuss et Voinow (1) qui ont substitué des miroirs réflecteurs mobiles aux lampes dont on se servait à l'origine, la clinique en tirera aussi un utile profit.

5e leçon. Définition et explication des diverses amplitudes d'accomodation, binoculaire, absolue, relative. Ce chapitre est un résumé lucide des travaux classiques de Donders.

6e leçon. Des lunettes. Théorie de Kepler. Détermination pratique des distances focales des lentilles.

7e leçon. Étude critique des diverses propositions faites par Na-

(1) Reuss et Voinow (*Ophthalmometrische Studien*, Vienne, 1868.)

gel, Giraud-Teulon, Burow, Javal pour remplacer la notation en pouces employés actuellement, pour la longueur focale des lentilles par la notation *métrique en centimètres*.

8e leçon. Détermination de l'acuité visuelle. Savant historique dans lequel l'auteur montre les tentatives faites dans ce but par les anciens astronomes qui avaient cherché dans la faculté plus ou moins grande de voir les étoiles des diverses grandeurs la mesure de l'acuité visuelle. Résumé lucide des remarquables travaux d'Helmoltz sur ce sujet.

L'acuité visuelle est déterminée par l'angle visuel minimum, d'environ une minute dont l'arc sur la rétine est de 0,0043. Cet arc est plus large que l'un des éléments sensoriels de cette membrane (cône ou bâtonnet) qui d'après les dernières recherches de Schultze n'ont que de 0,003 à 0,0034. Bien que cet angle d'une minute corresponde à l'acuité moyenne, il est loin de représenter à l'acuité maximum que l'homme puisse avoir. Témoin le cas si curieux rapporté par de Humboldt. Dans une expédition à Pichincha les Indiens qui étaient avec de Humboldt aperçurent Bonpland son compagnon de voyage à une distance de $3,\frac{7}{10}$ milles géographiques, avant qu'il ne pût lui-même le distinguer avec sa lunette. De Humboldt calcula que la grandeur de l'angle visuel dans ce cas devait être d'environ 12 secondes.

9e leçon. Influence de l'âge, de l'éclairage, de la myopie et de l'hypermétropie sur l'acuité visuelle. Tout ce qui se trouve dans ce chapitre a été déjà signalé ou à peu près dans les ouvrages de Donders. L'auteur insiste pourtant sur un point de clinique peu décrit. La dilatation pupillaire dans les cas d'amétropie peut faire diminuer tellement l'acuité visuelle, qu'on pourrait croire à de l'*héméralopie*. Nous tenons à constater que nous avons déjà signalé ce fait. Dans un article du journal d'ophthalmologie, janvier 72, nous avons publié une observation intitulée : Troubles de la réfraction consécutifs à un astigmatisme irrégulier de la cornée et *simulant l'héméralopie*.

10 et 11e leçons. Influence des verres correcteurs sur la position des points nodaux et sur l'acuité visuelle. Quand on place au devant de l'œil une lentille convexe ou concave, on obtient un système dioptrique composé, formé par l'œil et la lentille. Connaissant la position des points nodaux du 1er système (œil), ses longueurs focales, etc., les mêmes éléments dioptriques du second (lentille), la distance qui les sépare, on arrive au moyen des formules connues d'optique physique à la détermination des mêmes éléments dans le système dioptrique composé. Nous passerons sous silence les calculs qui permettent de résoudre ce problème, nous nous contenterons de donner les résultats obtenus.

En plaçant un verre concave devant l'œil pour corriger la myo-

pie, le second point nodal se rapproche de la rétine, ce qui diminue la grandeur de l'image rétinienne, et cela d'autant plus que le verre concave est plus fort.

Si on désigne par g_1 la distance du second point nodal à la rétine, dans l'œil corrigé et g_2 la distance analogue dans l'œil non corrigé la fraction $\frac{g^1}{g^2} < 1$ donnera la diminution de la grandeur de l'image; par suite réciproquement quand on aura déterminé l'acuité visuelle d'un œil myope avec les verres correcteurs, il faudra multiplier le nombre obtenu par la fraction $\frac{g^2}{g^1}$ pour avoir l'*acuité réelle*.

Les mêmes propositions sont formulées pour l'hypermétropie; seulement la fraction $\frac{g^1}{g^2}$ est > 1.

12e leçon. Méthodes pour la détermination du punctum proximum et du punctum renotum.

Optomètres de Mascart et Perrin. CH. ABADIE.

Ueber angeborene und erworbene Association (Sur l'association congénitale et acquise), par DONDERS. (*Archiv für Ophthalmologie*, 18e *vol.*, 2e *partie*, *Berlin*, 1872.)

Dans une série d'expériences instituées au laboratoire de physiologie de Donders à Utrecht, le docteur Adamük a obtenu les résultats suivants :

Si l'on irrite au moyen d'un courant d'induction les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* dans leur partie médiane et antérieure, les axes visuels se mettent en parallélisme. Vient-on à irriter le tubercule *droit* les *deux axes* se dirigent à *gauche*, irrite-t-on le *gauche* les deux axes se dirigent à *droite*; en outre, plus l'irritation porte sur un point élevé, plus la déviation s'accentue en haut, plus elle correspond à un point inférieur, plus la déviation est accusée en bas. La pupille n'éprouve aucun changement.

Quand on excite la partie moyenne du tubercule les deux axes se dirigent en haut, la pupille se dilate, et si l'on se porte encore plus en arrière la convergence se produit. Enfin en excitant la partie postérieure extrême de l'un ou l'autre de ces tubercules, les axes convergent en bas, et la pupille se rétrécit.

S'appuyant sur ces résultats, Adamük formule les conclusions suivantes. « Les deux yeux ont une innervation commune, et puisque pendant l'irritation des différentes parties de chaque tubercule l'on voit se produire toute sorte de mouvements associés, les deux yeux doivent toujours se mouvoir en même temps et d'une manière déterminée. L'union qui existe entre les mouvements des deux yeux trouve sa raison d'être dans une *disposition anatomique congénitale*.

Adamük oppose ces conclusions à celles d'Helmholtz, qui sou-

tient qu'à l'origine chaque œil possède une motilité propre, complétement indépendante de l'autre.

Dans le travail que nous analysons, Donders a cherché à concilier ces deux opinions, en enlevant à chacune d'elles ce qu'elle présente de trop absolu.

Il fait d'abord observer qu'Helmholtz n'est pas exclusif dans son opinion de l'indépendance congénitale des mouvements oculaires, car d'après lui « il peut survenir dans le système musculaire et dans les nerfs conducteurs de l'innervation, soit pendant la vie de l'individu, soit *par hérédité pendant la durée de l'espèce*, des modifications qui exercent une certaine influence sur les mouvements des yeux. »

On ne doit pas mettre en opposition d'une façon systématique et abstraite les manfestations vitales résultant de l'habitude et celles qui dépendent d'une cause anatomique congénitale. L'exercice et l'habitude modifient l'influence que l'organe central psychique exerce sur les cellules motrices auxquelles il est rattaché par un lien anatomique. Ces modifications une fois produites dans l'*individu*, tendent à se transmettre par hérédité dans la *race* et peuvent prendre un caractère fixe...

Telle est du reste la base de la théorie de Darwin (la sélection naturelle).

Donders indique la marche à suivre pour arriver à démontrer expérimentalement les changements que l'habitude peut faire subir aux dispositions anatomiques congénitales. Qu'on arrive, dit-il, à produire d'une façon quelconqne une perturbation dans les mouvements associés des yeux, quand cette perturbation sera devenue pour ainsi dire définitive par le fait de l'habitude, il est probable qu'en excitant l'organe central moteur on reproduira cette forme anormale de mouvements acquise par l'habitude.

Adamük aurait dû expérimenter sur les chiens immédiatement après leur naissance, il est probable du reste que le résultat eût été le même. Le fait de l'habitude chez les ascendants ayant dû sûrement imprimer son cachet sur les centres moteurs des descendants.

En fait les recherches d'Adamük prouvent simplement qu'à l'irritable de certains groupes de cellules correspondent certaines contractions musculaires simultanées des deux yeux. Mais on doit admettre qu'il existe dans le cerveau des centres psychiques réunis par des fibres nerveuses à ces centres moteurs; ces fibres transmettent les ordres de la volonté aux centres moteurs, et produisent là une irritation moléculaire bien différente de l'irritation brutale inconsciente produite par le passage du courant, d'où aussi peut-être des nuances, des modifications dans l'accomplissement de l'acte.

CH. ABADIE.

Ueber Amaurosis nach Hæmatemesis und Blutverlusten anderer Art (Sur l'amaurose qui survient après l'hématimèse, et autres pertes de sang), par le Dr SAMELSOHN, de Cologne. (*Archiv für Ophthalmologie*, 18e *vol.*, 2e *partie*, *Berlin*, 1872.)

La cécité soudaine survenant à la suite d'hémorrhagies considérables est un fait connu de longue date. Dans un article sur ce sujet (*Archiv. für ophthal.*, t. VII, 2e partie), de Græffe a exprimé le regret de ne pouvoir donner aucune explication satisfaisante de cette mytérieuse et redoutable complication. Le travail du docteur Samelsohn renferme deux nouvelles observations de perte de la vue consécutive à des hémorrhagies abondantes.

La 1re se rapporte à un homme de cinquante-sept ans qui, pris tout à coup, l'après-midi, d'un vomissement de sang, tomba sans connaissance, Quand il reprit ses sens, le lendemain matin, il était complétement aveugle. La santé générale se rétablit, mais ce ne fut qu'au bout de neuf mois que la vision commença à revenir de façon à lui permettre de se conduire, et qu'il vint consulter le docteur Samelsohn. État actuel : — On constate dans l'*œil gauche* une absence complète de la vision centrale, un rétrécissement du champ visuel très-marqué en bas et en dedans; en haut et en dehors le malade compte les doigts à un pied de distance. Dans l'œil droit l'acuité de la vision centrale $S = \frac{1}{3}$, le champ visuel est rétréci en bas et légèrement en dedans. A l'examen ophthalmoscopique, les milieux sont transparents, la choroïde saine, la papille a *des contours nets*; elle est décolorée, blanchâtre. Cette coloration blanche n'est pas répandue d'une façon uniforme sur tout le disque nerveux, mais une portion de celui-ci en haut et en dehors sur l'œil gauche, dans la moitié supérieure à droite, présente encore la coloration gris-rougeâtre normale. Des deux côtés les artères sont amincies, les veines larges et très-tortueuses. Tension intra-oculaire normale. Après l'application d'un séton et l'usage de l'iodure de potassium il y eut une légère amélioration à laquelle succéda un état stationnaire.

2e observation. — Une femme âgée de trente-deux ans éprouve une perte de sang considérable à la suite d'une avortement, au 4e mois de sa grossesse. Il survient de la fièvre et, pendant cinq jours, la malade ressent de violentes douleurs dans le côté droit de la tête et dans les oreilles. Cinq à six jours plus tard, au moment où la fièvre et les douleurs disparaissent, la vision est subitement abolie dans l'œil droit. État actuel, quatre semaines après la métrorrhagie : — Œil gauche, acuité normale et champ visuel intact. A droite, disparition de toute perception lumineuse, même quantitative. L'examen ophthalmoscopique montre que les milieux sont transparents, la papille optique *nettement* limitée, blanche dans toute son étendue, les vaisseaux artériels et veineux amincis; sur l'un d'eux (une veine) se voit une petite ecchymose. Le lactate de fer et les injections de strychnine furent employés sans succès.

Après avoir relaté ces deux cas nouveaux, l'auteur donne de ce phénomène morbide l'explication suivante :

Au moment où l'hémorrhagie se produit, une partie du sang renfermé dans la cavité crânienne sort de cette cavité à parois inextensibles; le vide ainsi déterminé est comblé par l'arrivée de la lymphe des gaînes lymphatiques des vaisseaux et de l'espace

arachnoïdien. Plus tard, quand l'activité du cœur reprend son énergie et que la masse du sang est de nouveau augmentée, celui-ci est restitué au cerveau. La pression s'accroissant alors de nouveau dans la boîte du crâne, la lymphe est chassée à travers les gaînes externes et internes du nerf optique qui communiquent, comme on sait (Schwalbe), avec l'espace arachnoïdien (1). Le liquide ainsi accumulé autour du tronc des nerfs optiques les comprime et produit une véritable névrite par étranglement.

Le travail dont nous venons de donner l'analyse ne nous paraît pas exempt de toute critique.

D'abord, des deux observations rapportées par l'auteur, la première seule nous paraît se rattacher au sujet qu'il traite. Dans la deuxième, en effet, nous voyons la perte de la vue survenir quinze jours seulement après l'hémorrhagie. La fièvre, de violentes douleurs de tête du côté droit, précédent l'apparition de cette complication, qui ne se montre que d'*un seul côté*. Nous croyons qu'il s'agit plutôt dans ce cas d'une embolie (la malade venait d'accoucher), non de l'artère centrale de la rétine, l'opthalmoscope l'eût démontré, mais d'une autre artère servant à la nutrition du nerf optique.

Quant à la théorie donnée par l'auteur, les raisons suivantes nous empêchent de l'admettre :

1° En supposant même que la lymphe vienne remplacer réellement l'évacuation sanguine qui s'est faite dans le crâne, qu'arrivera-t-il? Lorsque la pression normale se rétablira dans cette cavité, la lymphe ira reprendre la place qu'elle occupait avant; on ne voit pas pourquoi elle serait précisément chassée, accumulée entre les gaînes du nerf optique;

2° S'il en était réellement ainsi, les malades examinés à l'ophthalmoscope auraient une papille présentant la forme atrophique consécutive à la neuro-rétinite par étranglement, ce qui n'a pas lieu, puisqu'il est noté dans les observations que les *contours du disque optique étaient parfaitement nets*.

Nous donnons, quant à nous, l'explication suivante, qui a l'avantage de s'appuyer sur des expériences de physiologie précises. Donders a démontré que lorsqu'on comprime avec le doigt le globe oculaire, le champ visuel se rétrécit, la vision s'obscurcit, au fur et à mesure que la pression augmente, et disparaît complétement quand le sang ne pénètre plus que par saccades (pouls artériel) dans le globe oculaire. Le trouble fonctionnel dans cette expérience paraît bien causé par le trouble circulatoire, qui résulte de la différence existant alors entre la tension intra-oculaire augmentée, et la tension intra-vasculaire qui est restée la même. Supposons maintenant que les conditions du phénomène soient changées,

(1) Consulter sur ce point le travail d'Axel Key et Retzius (*Revue des sciences médicales*, *p.* 9 et 10.

mais de telle sorte que la pression intra-oculaire restant la même, la pression intra-vasculaire diminue, est-ce que le résultat ne sera pas identique, est-ce que la quantité de sang qui vient stimuler la rétine ne sera pas diminuée? Or c'est précisément ce qui se produit dans les hémorrhagies considérables. La tension vasculaire diminue et n'est plus en rapport avec la tension intra-oculaire.

CH. ABADIE.

Du décollement de la rétine et de son traitement par l'iridectomie, par M. X. GALEZOWSKI. (*Journal d'ophthalmologie* (*nov. et déc.* 1872, *p.* 594-602.)

Mal connu, au moins au point de vue étiologique, le décollement rétinien est, on ne le sait que trop, une affection grave, souvent incurable et contre laquelle les opérations de de Græffe et de Bowmann, sont restées impuissantes.

Grâce aux recherches entreprises par M. Galezowski, cet auteur prétend « mieux comprendre la nature de l'affection » et expliquer « l'utilité de l'opération » qu'il propose dans le décollement retinien, soit l'iridectomie.

Pour M. Galezowski, le décollement de la rétine est une affection propre à la myopie ; toutefois, ajoute-il, sur 263 cas observés par lui, 111 fois les malades n'étaient pas myopes ! Cette tendance au décollement tiendrait, toujours chez les myopes, à l'allongement du globe et au tiraillement, à la distension permanente des vaisseaux choroïdiens.

La lésion primitive, dont le décollement rétinien n'est qu'un symptôme, serait une *cyclite séreuse partielle*, nom qui ne nous apprend pas grand chose sur l'altération en question. Quoi qu'il en soit, la sérosité née sous la rétine la décolle et s'épanche plus ou moins loin, à la condition toutefois, dit l'auteur, que le corps vitré soit lui-même ramolli et ait une consistance aqueuse. Dans le cas contraire, le décollement ne se produirait pas, « ou bien l'infiltration va s'étendre sur un certain espace, entre la rétine et la choroïde » ; la première de ces membranes, comprimée, entraînera une perte du champ visuel, comme dans le décollement, alors qu'il n'y aura que de *l'infiltration* ?

M. Galezowski cite, à l'appui de cette manière de voir, une observation recueillie à la clinique du docteur Desmarres père ; observation dans laquelle à une infiltration séreuse de la rétine, a succédé un décollement rétinien le dernier, dit l'auteur, ne se serait produit ; qu'au moment du ramollissement du corps vitré ; mais en acceptant l'hypothèse de ce ramollissement, ne faut-il pas encore admettre une autre condition, c'est la résorption d'une partie de ce corps vitré, ou bien une diminution dans la tension intra-oculaire. Si le

corps vitré est très-liquide, mais que la tension intra-oculaire soit grande ; il nous paraît évident que le décollement rétinien aura beaucoup de peine à se faire ; c'est encore là une question toute de physique. Ajoutons qu'il nous est impossible de croire à l'influence exclusive des phénomènes mécaniques dans le processus du décollement rétinien.

L'auteur termine son court travail, en comparant le glaucome au décollement rétinien, « l'un et l'autre, dit-il, sont le résultat d'une « choroïdite séreuse, mais ils diffèrent dans leurs conséquences » à cause de l'organisation spéciale (myopie) de l'œil atteint de décollement. L'œil myope, en effet, présenterait souvent un ramollissement du corps vitré, ce qui n'existerait qu'exceptionnellement chez les emmétropes et hypermétropes. Aussi ces derniers seraient-ils plus sujets au glaucome, lors de choroïdite séreuse circonscrite ou non. Cette théorie, très-discutable, conduit l'auteur à préconiser l'iridectomie entre le décollement rétinien : l'opération lui aurait donné dix succès sur quatorze. Il est bien malheureux que les observations de ces dix malades n'aient pas été publiées et que M. Galezowski ait cru devoir se borner à n'en relater que deux à la fin de son travail.

Nous ferons remarquer, en terminant, que jadis l'auteur avait proposé et exécuté une nouvelle opération d'enclavement de la rétine, dans une plaie de la sclérotique, pour guérir le décollement rétinien. Cette opération, peut-être « une heureuse conquête de la chirurgie oculaire » (1) ; a-t-elle été répétée ? M. Galezowski, traitant la même question, aurait dû en dire quelques mots.

F. TERRIER.

Ueber Iritis pigmentosa (sur l'iritis pigmentaire), par le Dr C. RITTER.
(*Klinische Monatsblætter für Augenheilkunde. Erlangen, octobre* 1872.)

Dans les diverses variétés d'iritis décrites dans les ouvrages classiques, on a peu insisté sur la participation de la couche épithéliale pigmentaire qui tapisse la face postérieure de l'iris au processus morbide. Les lésions de la nouvelle variété d'iritis, dont le docteur Ritter cherche à présenter les signes cliniques, portent précisément sur cette partie de la membrane, les autres restant relativement saines. Les caractères principaux de cette nouvelle affection seraient : l'adhérence du bord pupillaire de l'iris, à la face antérieure du cristallin. Ces adhérences sont recouvertes d'un pigment noirâtre. Les couches profondes de la cornée, voisines de la membrane de Descemet, sont altérées, troublées, infiltrées *parfois de petits amas pigmentaires noirâtres*, les couches super-

(1) *Journal d'ophthalmologie*, janvier 1872, p. 27-31.

ficielles, au contraire restent tout à fait indemnes et ne présentent même pas d'altérations de la couche épithéliale. L'auteur insiste sur cette particularité du dépôt pigmentaire dans les couches profondes de la cornée. Analysant le travail de Hirschler (1) : « Contribution à la connaissance des dépôts pigmentaires dans la cornée, » il cherche à prouver que les cas publiés par ce dernier ne sont autre chose que des cas d'iritis pigmentaire. Hirschler considère dans les cas qu'il rapporte le pigment infiltré dans les couches profondes de la cornée comme des dépôts d'hématine, reliquats d'extravasations sanguines de kératites parenchymateuses *vasculaires*. Ritter affirme qu'on n'est nullement embarrassé aujourd'hui pour expliquer la migration du pigment à travers la membrane de Descemet. L'expérience a démontré que les dépôts de pigment de la surface antérieure du cristallin peuvent traverser la cristalloïde et pénétrer dans le cristallin. Enfin les découvertes nouvelles sur la migration des cellules, enlèvent à ce fait tout ce qu'il pourrait avoir d'extraordinaire. — Il sera intéressant pour le lecteur de comparer les travaux des deux auteurs que nous venons de citer.

CH. ABADIE.

Clinical Lecture on a peculiar Form of Iritis which occurs in the children of gouty Parents (Leçon clinique sur une forme particulière d'iritis qui se rencontre chez les enfants nés de parents goutteux), par Jonathan HUTCHINSON. (*The Lancet*, 4 *janv.* 1873, *I*, *p.* 1.)

La forme particulière d'iritis dont il est question dans cette leçon a récemment attiré l'attention de l'auteur. Elle se montre de bonne heure et diffère des autres formes d'iritis arthritique par sa marche insidieuse et persistante. Sans symptômes d'inflammation aiguë, il se forme des *adhérences entre l'iris et la cristalloïde*. Ces adhérences augmentent en nombre ; la pupille se déforme, puis s'oblitère et, en dernier lieu, un exsudat (effusion) qui se forme derrière l'iris achève la désorganisation de l'œil. Une seule fois Hutchinson a vu la maladie arriver à cette dernière période.

En général, un œil est affecté d'abord et l'autre ne se prend que lorsque la vue est entièrement perdue dans le premier. S'il y a quelques symptômes inflammatoires, ceux-ci ne sont jamais très-prononcés, et il n'y a qu'un peu de congestion de la conjonctive, au moment où les adhérences de l'iris s'établissent. Le traitement n'a pu jusqu'ici enrayer la maladie.

La première observation rapportée par Hutchinson est celle d'un jeune homme qui fut atteint des premiers symptômes à l'âge de seize ans et chez lequel il n'y eut jamais de symptômes inflamma-

(1) Beitrag zur Kenntniss der Pigmentablagerungen in Parenchym der Hornhau. (*Archiv für Ophthal.*, tome XVIII, 1re partie, p. 186.)

toires, ni de douleur notable. Il finit par présenter des opacités dans le corps vitré.

Une jeune fille de seize ans fait le sujet de la seconde observation.

Le troisième cas observé par Hutchinson est relatif également à une jeune fille, dont l'âge n'est pas indiqué. Enfin le docteur Sœlberg Wells lui a communiqué une quatrième observation d'iritis ayant débuté à l'âge de quinze ans, chez un jeune homme.

Dans tous ces cas, il a été établi que *les malades étaient nés de parents goutteux*, ainsi que le démontre la lecture des observations très-détaillées que rapporte Hutchinson. E. DELENS.

Bemerkungen über die Circulationsverhæltnisse des Opticus und der Retina (Remarques sur la circulation du nerf optique et de la rétine), par le Dr LEBER. (*Archiv für Ophthalmologie, tome XVIII, 2e partie, p.* 25.)

Les travaux publiés antérieurement par le docteur Leber, sur la circulation péri-papillaire et choroïdienne, font aujourd'hui autorité en ophthalmologie. Poursuivant ses consciencieuses recherches, cet observateur distingué étudie aujourd'hui la circulation dans le tronc du nerf optique. Ce sujet est d'autant plus intéressant que, depuis les travaux de de Græffe sur la *Névrite retro-bulbaire*, l'attention des praticiens a été dirigée sur les troubles circulatoires qui peuvent éclater dans la portion *orbitaire* de ces nerfs. Il est évident que l'étude clinique de cette affection, si obscure dans son origine, si funeste dans ses effets, tirera grand profit des données précises que pourra lui fournir la physiologie.

Voici les principaux résultats consignés dans le travail du docteur Leber :

L'artère et la veine centrale de la rétine fournissent des branches non-seulement à la rétine et à la papille, mais encore au *tronc même* du nerf optique, tout le long de leur trajet dans ce nerf. Ils s'anastomosent là par l'intermédiaire de *capillaires* avec les rameaux qui proviennent des vaisseaux de la gaine. Ces recherches sont en opposition avec celles de Galezowski, qui considère les fins vaisseaux de la papille, auxquels elle doit sa coloration rosée, comme dérivant non de l'artère centrale mais des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau.

D'après Zinn, Wolfring, Leber, le tronc du nerf optique reçoit dans son parcours tant orbitaire qu'intra-crânien, outre l'artère et la veine centrale, des rameaux qui prennent naissance dans les vaisseaux du voisinage, se ramifient à la surface et dans l'épaisseur de ses deux gaînes, d'où ils envoient des ramuscules qui pénètrent dans le tissu veineux.

Le chiasma et les bandelettes optiques reçoivent des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau des rameaux analogues auxquels Galezowski a donné les noms d'artères optiques antérieure, mediane, postérieure. Dans l'orbite, les artères qui sont fournies aux gaînes du nerf, décrites depuis longtemps par Hyrtl sous le nom d'artères vaginales et interstitielles ont été nettement séparées par lui de l'artère centrale. Ces vaisseaux forment dans toute l'étendue de la gaîne un véritable réseau. Au niveau du trou optique, celles qui sont d'origine orbitaire s'anastomosent avec celles qui sont intra-crâniennes et qui viennent de la pie-mère et du cerveau. Tant que le nerf optique n'a pas reçu l'artère centrale sa nutrition s'opère au moyen de ramifications vasculaires issues de son réseau vaginal, mais dès que l'artère centrale l'a pénétrée elle lui fournit des rameaux qui s'anastomosent *par l'intermédiaire de capillaires* autour de la papille avec les artères ciliaires postérieures (cercle de Haller, de Zinn), Ces dernières peuvent être considérées comme la continuation et la terminaison des artères vaginales qui sont ainsi répandues à la surface du nerf optique, depuis son origine cérébrale jusqu'à une extrémité intra-oculaire.

La lame criblée, la portion intra-oculaire du nerf optique, et une zone étroite péri-papillaire de la rétine, reçoivent leur nutrition de l'artère centrale et des artères émanées des ciliaires postérieures. Il importe de savoir que les communications entre ces vaisseaux se font par l'intermédiaire de *capillaires* et non d'*artérioles*. Ce fait trouve une application directe dans l'étude clinique de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. L'on sait, en effet, que quelques auteurs, Steffan entre autres, ont élevé des doutes sur les cas publiés d'embolie isolée de cette artère. Les anastomoses existant entre les artères ciliaires postérieures et l'artère centrale devraient, d'après eux, suffire dans ces cas au rétablissement de la circulation rétinienne. Les recherches de Leber montrent que ces anastomoses ne se font que par l'intermédiaire de *capillaires*. En faisant une série d'injections dans l'artère ophthalmique, cet expérimentateur a pu constater que chaque fois que l'injection n'avait pas rempli l'artère centrale, la papille et une *petite partie adjacente* de la rétine étaient seules injectées.

Puisqu'il n'existe que des anastomoses *capillaires* entre l'artère centrale de la rétine et celles du voisinage, cette artère doit, d'après la désignation de Conheim, être considérée comme une *artère terminale*. Les recherches fort intéressantes auxquelles cet auteur s'est livré pour étudier la pathogénie des lésions anatomiques consécutives aux embolies, l'ont conduit aux résultats suivants :

Il ne se produit d'infarctus hémorrhagique consécutif à l'oblitération d'une artère, que lorsque cette artère est *terminale*, c'est-à-dire ne s'anastomose pas par d'autres *troncs* avec celles du voisinage.

La production de l'infarctus hémorrhagique est dû au reflux du sang veineux dans la région desservie par le tronc oblitéré. La vis a tergo venant à cesser, le sang veineux du voisinage reflue dans les capillaires qui se rompent, d'où l'origine de l'infarctus.

Ces faits montrent qu'on ne doit pas accepter l'opinion des auteurs qui considèrent les cas rapportés dans la science d'embolie de l'artère centrale de la rétine comme des cas d'embolie de l'artère ophthalmique. S'il en eût été ainsi, comme l'artère ophthalmique est une artère terminale, son oblitération eût été accompagnée d'infarctus hémorrhagique dans la choroïde, ce qui n'a pas été observé.

D'autre part, puisque l'artère centrale de la rétine doit être considérée comme une artère terminale, comment se fait-il qu'à la suite de son oblitération, il ne se produise pas d'infarctus hémorrhagique dans la rétine? La raison probable est celle-ci : Au moment où le sang cesse d'arriver dans l'artère, le sang veineux a bien de la tendance à refluer dans les veines de la rétine, mais pour cela il doit repasser de l'orbite dans le globe oculaire. La tension intra-oculaire forme alors un véritable obstacle à sa rentrée et la modérant pour ainsi dire, empêche les ruptures vasculaires. Du reste, Jæger, de Græfe, avaient déjà signalé comme un signe clinique de l'embolie ce mouvement rétrograde de la colonne sanguine veineuse, mouvement qui devient oscillatoire et qui paraît alors en rapport avec l'influence exercée par la respiration sur la tension veineuse.

Dans les cas d'embolie d'*une des branches* de l'artère centrale, qui sont aussi des artères terminales, le sang veineux de la rétine pouvant refluer vers la région circonscrite où la circulation est interrompue, il se produit des infarctus, qui ont été constatés par les observateurs au moyen de l'ophthalmoscope.

CH. ABADIE.

Fälle von Entzündung und Thrombose des Sinus transversus und des Sinus petrosus inferior bei Otitis media purulenta (Cas d'inflammation et de thrombose du sinus transverse et du sinus pétreux inférieur dans l'otite moyenne purulente), communiqués par le prof. SCHWARTZE. *(Archiv für Ohrenheilkunde, t. VI, 3e livr.)*

La thrombose et l'inflammation des sinus ne peuvent être diagnostiquées sur le vivant que par les symptômes d'infection purulente; tous les autres signes qui ont été donnés sont insuffisants et souvent inexacts. D'après Gerhard, la réplétion moins grande de la jugulaire du côté malade serait un signe pathognomonique; or, l'auteur a déjà publié en 1859 (Journal für Kinderkrankheiten de Behrend et Hildebrand, p. 331) un cas de thrombose du sinus

longitudinal supérieur où la veine jugulaire du côté malade était gorgée de sang. L'œdème de l'apophyse mastoïde, indiqué comme signe par Griesinger, peut manquer également et peut être produit par d'autres causes.

Dans le premier cas rapporté par Schwartze, il s'agit d'une otite moyenne purulente, sans carie, avec thrombose du sinus transverse. Les symptômes d'infection purulente permirent d'établir le diagnostic sur le vivant. Ce diagnostic fut confirmé par l'autopsie sans qu'on pût trouver de rapport anatomique entre l'otite suppurée et la thrombose du sinus. L'examen le plus minutieux ne fit pas découvrir de carie du rocher. — Il faut donc supposer que l'inflammation s'est propagée par les petites veines qui parcourent les cellules de l'apophyse mastoïde et communiquent avec le sinus transverse.

La seconde observation a pour objet une scarlatine compliquée d'otite purulente avec thrombose du sinus transverse gauche. Le diagnostic de la thrombose ne put pas être établi sur le vivant, qui ne présentait pas de symptômes de pyohémie. On n'avait constaté que des signes de méningite suivie de compression cérébrale. Cependant l'autopsie fit reconnaître deux infarctus hémorrhagiques dans le poumon droit, ainsi qu'une pleurésie purulente.

Dans le troisième cas, la thrombose n'a pas été la cause de la mort et n'a probablement pas été produite par suite de l'otite. La maladie principale était une scarlatine compliquée par de la diphthérite et une pneumonie purulente.

Dans le quatrième cas, il y eut également des accidents méningitiques sans qu'on pût faire, pendant la vie, le diagnostic de la thrombose. L'autopsie ne fit pas constater de pyohémie ; la mort paraît avoir été causée par une méningite purulente.

Il résulte de ces observations que l'otite purulente peut être directement une cause de thrombose des sinus, sans qu'il y ait de lésions osseuses. Nous ajouterons que cette théorie est également admise en France. (Voir la thèse de Sentex : écoulements purulents par l'oreille. Phlébite consécutive des sinus. — Paris 1865 et Traité de pathologie externe, par Follin et Duplay t. IV p. 147.)

KLEIN.

A contribution to the comparative Distribution of Blood-vessels in the membrana Tympani, by Ch. H. BURNET, aural surgeon to the presbyterian Hospital in Philadelphia. (*The american Journ. of. med. sc.* 1873, *n° CXXIX, p.* 119-128.)

L'auteur, à l'aide de procédés qu'il indique, a déterminé la distribution des vaisseaux sanguins de la membrane du tympan. Chez l'homme comme chez le cobaye, ces vaisseaux forment un réseau à mailles assez larges qui couvrent toute la membrane, tandis que chez le chien, le chat, le bouc et le lapin, les vaisseaux forment

des houppes qui partent, les unes de l'anneau tympanique, les autres du manche du marteau, mais ne se rejoignent pas de l'une de ces origines à l'autre; de telle sorte qu'il existe dans la membrane une zone en forme de fer à cheval complétement dépourvue de vaisseaux.

CH. PÉRIER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Perception ophthalmoscopique de la circulation dans l'œil humain, par M. CUIGNET. (*Journal d'ophthalmologie, nov. et déc.* 1872, *p.* 602-605.)

En examinant le fond de l'œil de la grenouille ou du crapaud, à l'aide du réflecteur seul, M. Cuignet avait pu voir la circulation des globules dans les artères et dans les veines. Dans ces conditions les globules semblent blancs et les parois vasculaires présentent une coloration rouge manifeste.

Or, tout récemment (28 juin 1872), l'auteur a fait la même observation chez l'homme, et a pu montrer à un confrère la circulation des globules dans une des veines de la papille. Pour obtenir ce résultat, deux conditions seraient indispensables : 1° examiner à l'image droite; 2° exercer une pression continue et progressive sur l'œil qu'on observe.

Grâce à cette pression, qui diminue la vitesse de la circulation, on peut constater les modifications nombreuses que présente le courant sanguin, soit : « 1° le passage normal accéléré des globules; 2° un ralentissement qui permet de distinguer chaque globule isolément et les groupes de globules; 3° le groupement des globules en îlots, séparés entre eux par la liqueur du sang; 4° la stase complète du courant du liquide et des globules. »

Lors de stase, d'arrêt de la circulation, les globules reprennent leur véritable teinte et sont rouges, tandis que les parois vasculaires ne sont plus visibles. La veine offre, d'après les expressions mêmes de l'auteur, « l'aspect d'un ruisseau rougeâtre plutôt que celui d'un tube à double contour. »

Ajoutons que M. Cuignet n'a jamais observé d'oscillation dans la circulation du liquide ou des globules sanguins et qu'il a pu répéter cette expérience sur un deuxième sujet (le 26 septembre 1872).

F. TERRIER.

Affections oculo-dentaires.

Rapports pathologiques de l'œil et des dents par action réflexe, par le Dr Armand MÉTRAS. (*Thèse de doctorat n° 72, Paris,* 1873).

Après un rapide aperçu sur l'anatomie et la physiologie du trijumeau, l'auteur aborde son sujet, et divise les affections oculaires d'origine dentaire en trois classes :

1° Les affections oculaires dues aux troubles vaso-moteurs, soit : les altérations nutritives et les accidents amaurotiques;

2° Celles qui résultent de troubles de la sensibilité : névralgies, asthénopies nerveuses ou hypéresthésiques ;

3° Enfin, celles qui se caractérisent par des troubles de la motilité : spasmes des muscles orbitaires et palpébraux, troubles iriens.

Parmi les affections dentaires qui peuvent provoquer des troubles oculaires, on peut citer : la carie dentaire, le travail pénible de la dentition, l'extraction des dents avec fracture de l'alvéole, enfin la périostite et la gengivite, provoquées par des dents artificielles à pivot et par des râteliers.

Ce sont surtout les lésions des dents de la mâchoire supérieure, et en particulier celles des molaires, qui auraient une influence fâcheuse sur l'appareil visuel ? F. T.

par **M. X. GALEZOWSKI.** (*Journal d'ophthal-*
ov. et déc. 1872, *p.* 606-611.)

certain nombre d'affections oculaires reconnais-
cause soit des maladies des dents, soit des troubles dans leur évolution ; ce sont ces affections que l'auteur propose de nommer *affections oculo-dentaires.* Malheureusement les faits cliniques sur lesquels on peut s'appuyer pour décrire ces lésions sont encore restreints, et il ne
montrer anatomiquement la relation qui peut exister entre
almique, pour prouver l'existence
le remarque M. Galezowski,
eux entraînent à leur suite des
les branches dentaires des nerfs
rieurs. C'est là un fait bien connu, non-seulement des spécialistes, mais aussi des praticiens instruits.

Mais ce qu'on connaît moins ce sont les lésions oculaires consécutives
tion ou à la carie dentaire, celles qui succèdent aux opérations
que l'obturation, la cautérisation, la pose de dents
à un chapitre de pathologie, généralement
tion des chirurgiens.
moins ne paraît vouloir traiter que des
lésions oculaires
la dentition et à la carie dentaire. Pour lui, les kérato-conjonctivites phlycténulaires, si fréquentes chez les enfants strumeux, ne résulteraient que de la dentition ; d'où leur apparition entre six et dix ans. Chez les jeunes enfants, des abcès cornéens pourraient tenir à une évolution dentaire mal faite ou difficile, enfin la kératite *interstitielle*, survenant à l'époque de la deuxième dentition, en serait un
t fréquent. D'ailleurs la kératite, le kérato-conjonctivite, pourraient
développer tardivement lors de l'apparition des dents de sagesse ?
termine le travail de M. Galezowski, travail qui doit être continué, l'auteur ne dit pas où. Or, il eût été utile de le dire, son journal d'ophthalmologie cessant de paraître. F. TERRIER.

Recurrent syphilitic keratitis (Récidive d'une kératite syphilitique), par James DIXON. (*Brit. med. Journ.*, 1er *mars* 1873, *I*, *p.* 223.)

J. Hutchinson, qui a le premier décrit les caractères propres à la kéra-

tite syphilitique, ne signale, dans son travail, publié en 1863, aucun exemple de récidive de cette affection. Mais J. Dixon a observé un cas dans lequel la maladie a récidivé au bout de six ans.

Un jeune garçon de 12 ans se présenta à lui en janvier 1866. Il présentait les signes de la syphilis héréditaire et spécialement *l'altération des incisives moyennes supérieures*. L'œil gauche d'abord, puis l'œil droit offrirent une opacité et une vascularisation des plus marquées de la cornée. Cependant, au mois de décembre de la même année, les deux cornées étaient redevenues transparentes et le malade lisait le n° 1 de Jœger.

Jusqu'au milieu de 1870, sa santé resta bonne. A cette époque, il fut pris d'attaques d'épilepsie. En mai 1872, l'œil gauche, et en juin, l'œil droit, présentèrent de nouveau les altérations de la kératite syphilitique; l'opacité était telle, que le malade ne pouvait distinguer aucune lettre. Au mois de décembre 1872, sous l'influence du traitement, les cornées commençaient à s'éclaircir et il pouvait lire le n° 12. Le malade a été perdu de vue à cette époque.

E. D.

Casuistische Beiträge zur Kenntniss der precornealen und conjunctivalen melanotischen Neubildungen (Quelques cas de néoplasies précornéales et conjonctivales, mélanotiques), par W.-A. von MÜNSTER. (*Thèse inaug., Halle,* 1872.)

L'auteur rapporte quatre cas, tirés de la clinique de de Gräffe, dont il a fait l'examen histologique sous la direction de Steudener. Dans le premier, il s'agit d'une tumeur mélanique qui avait son origine dans le voisinage du bord externe de la cornée, et qui récidiva plusieurs fois après l'excision, de sorte qu'il fallut recourir à l'énucléation du globe oculaire. Consécutivement il se produisit plusieurs petites récidives sur le moignon ; celles-ci furent excisées à leur tour. La néoplasie de la conjonctive avait débuté par le tissu conjonctif de cette membrane et recouvrait une grande partie de la cornée, de telle sorte que, recouverte par l'épithélium de la cornée, elle était séparée de son parenchyme par la lame élastique antérieure. C'était un sarcôme médullaire avec cellules pigmentées et amas d'épithélium interposés.

Dans le second cas, l'œil fut également énucléé, à cause de foyers mélanotiques multiples récidivant dans la conjonctive scléroticale. C'était essentiellement une pigmentation de l'épithélium avec prolifération de petites cellules.

Le troisième cas est un cancer mélanique ; le quatrième, un sarcôme fasciculé, ayant pour point de départ les replis semi-lunaires.

H. CH.

The removal of cataract by solution, especially with regard to the soft cataract of early life and the operation by keratonyxis (De la disparition de la cataracte par résorption, spécialement dans ses rapports avec la cataracte molle du jeune âge, et l'opération par kératonyxis), par Archibald HAMILTON JACOB. (*The medic. Press and Circul.,* 18 *déc.* 1872, *p.* 524.)

S'appuyant sur la pratique de son père et sur sa propre expérience, l'auteur cherche à établir que l'opération de la cataracte par discision de la capsule, qui a pour but de déterminer la résorption du cristallin, est

applicable à un bien plus grand nombre de cas qu'on ne le croit communément. *Même au delà de cinquante ans, le cristallin divisé est susceptible tôt ou tard d'être résorbé;* ce n'est qu'une question de temps. Il n'y a que les cas de cataracte dure et ambrée, chez les vieillards, qui ne puissent être traités par cette méthode. E. D.

De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfite de soude, par le Dr MONOYER. (*Arch. de méd., janvier* 1873.)

Dans les deux observations personnelles qu'il rapporte, l'auteur a obtenu la guérison radicale au bout de dix-huit jours de traitement. Le procédé, auquel il a dû ce succès, offre deux particularités intéressantes : 1° *l'excision d'une partie du sac* notablement épaissi par l'hypertrophie du tissu conjonctif et de l'épithélium; aussi ne convient-elle pas à toutes les tumeurs lacrymales ; 2° les injections consécutives de sulfite de soude, qui ont le double avantage de stimuler la vitalité des tissus et d'enlever comme antiseptique l'odeur fétide des produits sécrétés par la muqueuse du sac; le topique est employé à la dose de 1 gramme pour 200 grammes d'eau, au 1/100, au 1/50 et même au 1/30. L'excision ne suffit pas à elle seule pour procurer la division; il est nécessaire de faire suivre cette opération, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfite de soude. HENRI HUCHARD.

Note sur un nouveau procédé d'extraction linéaire par la cornée sans excision de l'iris, par M. NOTTA, de Lisieux. (*Soc. de Chir., janvier* 1873, *Gaz. des hôpitaux,* 1873. *n°* 26.)

C'est le procédé de de Græffe, sans excision de l'iris, c'est-à-dire tel dans ses points essentiels que le pratiquent depuis quelques années Liebreich (kératotomie inférieure) et Lebrun (kératotomie supérieure.)

Notta enfonce le couteau à lame étroite de de Græffe sur les limites de la cornée, à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'équateur de l'œil. Le tranchant, d'abord dirigé en haut, est promptement ramené en avant, de manière à couper la cornée perpendiculairement à ses faces. La pupille ayant été dilatée préalablement par la belladone, le cristallin sort facilement après l'incision de sa capsule.

En somme, on peut dire : pas de lambeau et surtout pas de lambeau à bord mince et biseauté ; par conséquent, opacité linéaire imperceptible, située, du reste, horizontalement à quelques déci-millimètres au-dessus de la pupille.

Sur dix opérations, dix guérisons rapides, dont une seule imparfaite : la pupille ne s'étant pas dilatée sous l'influence de la belladone, l'iris avait dû être incisé. L. H. F.

De l'iridectomie dans le glaucome, par M. Louis THOMAS. (*Notes de clinique chirurgicale, broch. Tours,* 1872.)

L'auteur préconise l'iridectomie à toutes les périodes du glaucome ; de plus, il conseille de pratiquer cette opération des deux côtés, lorsqu'un

œil, étant glaucomateux, l'autre œil présente les signes prodromiques de la même lésion.

Il cite trois observations personnelles. F. T.

Clinical remarks on the value of strychnia in white-atrophy of the optic nerve (Remarques cliniques sur la valeur de la strychnine dans l'atrophie du nerf optique), par Jabez HOOG. (*The Medical Press and Circular*, 15 *janv.*, *p.* 41 *et* 19 *fév.*, *p.* 155, 1873.)

Contestant les opinions trop arrêtées de Nagel (de Tubingen) et surtout de Chisolm (de Baltimore), l'auteur croit, à juste titre, que les succès résultant de l'emploi de la strychnine ne sont explicables que s'il s'agit d'affections amaurotiques symptomatiques d'un état général, réclamant l'usage des toniques. Il relate 8 observations qui prouvent l'*inutilité* de ce médicament, dans les atrophies papillaires d'origine cérébrale ou tenant à des altérations des membranes profondes de l'œil. F. T.

Du traitement des kératites par les douches de vapeur, par M. J. BONCOUR. (*Journ. d'ophthalm.*, *p.* 574-585, *nos de nov. et déc.* 1872.)

L'auteur préconise l'usage de l'appareil vaporisateur du Dr Lourenço (1). Grâce aux douches de vapeur, combinées d'ailleurs avec une thérapeutique rationnelle, ainsi qu'il résulte de la lecture des observations publiées, M. Boncour aurait obtenu des résultats excellents dans le traitement des kératites parenchymateuses, granuleuses, suppuratives, ponctuées, enfin dans la kératite *proliférative*. Cette dernière forme, très-contestable, suivant nous, augmente bien inutilement le nombre déjà si considérable des variétés de kératites ; elle résulterait d'une irritation de la surface de la cornée « par un léger traumatisme, le rétrécissement des voies lacrymales. » Ces deux causes étaient réunies dans le *seul fait* observé par M. Galézowski, auquel on doit ce nouveau nom.

F. TERRIER.

Der Nasenrachenraum, eine Studie an einem Lebenden gemacht (La région naso-palatine, étude faite sur le vivant), par le Dr MAGNUS, de Kœnigsberg. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, *t.* VI, 4e *livr.*)

Le sujet qui a servi à ces examens est un homme de 70 ans, qui était venu consulter pour des douleurs d'oreille. Une affection, probablement syphilitique, lui avait laissé depuis longtemps une perforation de la voûte osseuse du palais, ainsi qu'une destruction à peu près complète de la moitié gauche du voile du palais. La luette était attirée vers le côté droit par les muscles de ce côté, qui n'avaient plus de soutien à gauche, où il ne restait plus qu'un mince filament. Le nez était détruit avec toute la cloison et les deux cornets inférieurs. Cet orifice permet de voir un espace assez étendu de la cavité pharyngienne ; la seule précaution à prendre, c'est d'engager le malade à ne pas remuer la langue, qui a de la tendance à boucher le trou du palais osseux.

1) *Journ. d'ophthalm.*, mars 1872, p. 119-125.

L'auteur a pu constater sur ce sujet les difficultés dont il faut tenir compte dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; il a pu également étudier la part que prend l'orifice pharyngien de la trompe dans les mouvements de la déglutition. Ce phénomène ne peut pas être observé par la rhinoscopie. Un peu au-dessous de l'intervalle qui sépare les deux orifices pharyngiens de la trompe, il se forme pendant la déglutition une voussure transversale qui rétrécit le passage des fosses nasales dans le pharynx. Ce fait est très-important, parce qu'il explique comment des injections faites dans le nez ont pu s'introduire dans la trompe plutôt que d'arriver dans le pharynx. A l'état de repos, la trompe est simplement fermée par la juxtaposition des lèvres de son orifice ; mais cet orifice n'offre aucune résistance active à l'introduction du cathéter. Or, les mouvements de déglutition ne changent rien à cette situation, et, contrairement à l'assertion de Toynbee, ne permettent pas à l'air extérieur de pénétrer dans la trompe par suite d'une dilatation. Mais comme, d'un autre côté, l'orifice n'est fermé que par juxtaposition des parois, sans constriction, il est évident que l'air extérieur pénètre librement dès que sa pression est supérieure à celle de l'air contenu dans la caisse. Aussi la douche d'air ne doit-elle pas être poussée avec trop de force, comme on le fait parfois pour vaincre une résistance qui n'existe pas à l'orifice ; l'auteur a pu constater, dans une autopsie, les résultats funestes des douches d'air poussées trop fortement. KLEIN.

Ueber das Vorkommen blauer Otorrhœen (Sur les otorrhées bleues), par le docteur ZAUFAL de Prague. (*Arch, f. Ohrenheilk,* VI, 3.)

La coloration bleue du pus, ou pour parler plus exactement, du linge de pansement de certaines plaies, est un fait très-connu et qui a donné lieu à de nombreuses théories. Dans les affections de l'oreille, ce fait n'avait pas encore été constaté ; l'auteur en cite quelques cas et termine par les conclusions suivantes :

1° Les otorrhées peuvent, comme les autres plaies, donner de la suppuration bleue ; le linge de pansement est coloré en bleu intense.

2° Le pus lui-même est coloré, mais d'un bleu moins foncé.

3° La matière colorante de ce pus présente les réactions de la matière colorante *Lakmus*.

4° On y trouve un nombre considérable de bacteries *termo*.

5° Avec l'apparition de la suppuration bleue, on constate souvent une otite externe diffuse.

6° La suppuration bleue peut être communiquée d'un individu à l'autre.

7° Dans le premier cas observé par l'auteur, elle n'avait pas de cause visible.

8° Dans tous les cas elle disparut spontanément.

9° Dans un cas, sa disparition fut suivie de la présence d'un aspergillus dans le conduit auditif externe. KLEIN.

Abnorme reaction der Hörnervenapparates in der chlorose und Bright'sche Nierenkrankheit (De la récusion anormale de l'appareil du nerf auditif dans la chlorose et la maladie de Bright, communication préalable), par le Dr W. NEFTEL, de New-York. (*Centralb.*, n° 53, 1872.)

L'auteur a observé dans un nombre relativement considérable de cas de chlorose, des anomalies dans la sphère de l'organe auditif.

Les malades étaient des femmes de 30 à 40 ans, qui étaient atteintes de surdité progressive, accompagnée parfois de bruissements dans l'oreille, de lourdeur de tête, de vertiges et d'autres symptômes cérébraux. En même temps, elles souffraient presque toujours de menstrues profuses et de faiblesse générale.

La réaction galvanique du nerf auditif présentait le plus souvent des altérations qualitatives.

On constatait, plus rarement, une torpeur de nerfs auditifs, notamment dans les cas d'affections anciennes et graves de l'oreille. Dans quelques cas la surdité survenue d'une façon aiguë chez de jeunes femmes chlorotiques était accompagnée des symptômes de la maladie de *Monière*, et dans ces cas, la reaction galvanique déterminerait l'hyperesthésie du nerf auditif.

L'auteur suppose que la surdité et les autres symptômes du côté de l'ouïe sont dus à une hémorrhagie du labyrinthe.

Il appuie son opinion sur ce fait que ces malades sont en général assez prédisposés aux hémorrhagies; mais il ajoute que cette supposition a besoin d'être définitivement établie par des nécropsies.

L'auteur a encore observé une réaction galvanique anormale du nerf auditif, le plus souvent de la torpeur jointe à de la surdité, dans quelques cas très-chroniques de maladie de Bright.

Il pense que, dans ces cas aussi, les anomalies dans la sphère de l'appareil acoustique peuvent prendre leur origine dans des hémorrhagies du labyrinthe. G. H.

Ein Fall von Neubildung einer strangförmigen Brücke im ausseren Gehörgang (Un cas de néoplasie sous forme de cordon transversal dans le conduit auditif externe), par le docteur ENGELMANN. (*Archiv. f. Ohrenheilk, VI*, 3.)

Le néoplasme dû à l'otite externe, présenta ce fait remarquable que le cordon se déchira spontanément pour se résorber de lui-même.

K.

Zur Entfernung fremder Körper aus dem äusseren Gehörgange (De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe), par le Dr Jos. GRUBER, de Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 41 et 42, 8 et 15 octobre 1872.)

L'auteur insiste spécialement sur l'utilité des injections et sur les dangers des autres procédés d'extraction. Les injections doivent être essayées avant tout autre moyen; cette indication n'est pas nouvelle, M. Duplay, dans son traité de pathologie externe l'a déjà formulée. Mais parfois

le corps étranger ne laisse pas passer derrière lui le jet de liquide; dans ce cas, l'auteur recommande des injections d'une substance qui rétrécisse le corps étranger. Des expériences faites sur différentes graines de légumineuses, qui sont généralement introduites dans l'oreille, ont montré à Gruber que l'eau de chaux et la solution de zinc sont, à la fois, inoffensives pour les parois du conduit et utiles pour rétrécir ces corps étrangers. Une fois que le corps étranger est diminué, les injections d'eau suffisent pour le repousser au dehors. TH. KLEIN.

De l'extraction des corps étrangers de l'oreille externe, par le Dr TILLAUX. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 204.)

Si le corps étranger est un animal vivant, la fumée du tabac lancée dans le conduit auditif suffira quelquefois pour en déterminer l'expulsion. La curette, la pince à griffes, les injections forcées d'eau tiède, sont les moyens à employer pour l'extraction des corps inertes. Quant à l'anesthésie par le chloroforme pendant l'opération, l'auteur ne la croit pas sans danger, d'autant plus que les injections de liquide dans le conduit auditif sont à elles seules capables (quoique dans des cas extrêmement rares) de déterminer une syncope. A. R.

Kurze Mittheilung über die Anwendung von Injectionen in den Nasencanal, nebst Beschreibung einer von mir dazu angegebenen Spritze, zugleich mit Berücksichtigung der Injectionen in den äussern Gehörgang (Courte communication sur l'usage des injections dans le canal nasal, avec description d'une seringue indiquée par moi en tenant compte également des injections dans le conduit auditif externe), par le Dr S. R. WEIGERSHEIM. (*Rapport fait à la Société de thérapeutique de Berlin. — Deutsche Klinik*, n° 49, 1872.)

Les principales modifications que l'auteur a fait subir à la seringue ordinaire consistent dans un grand nombre de petites ouvertures pratiquées dans l'extrémité renflée de l'instrument. Cette extrémité peut être dévissée et remplacée par un ajoutage suivant que les injections sont faites dans le nez ou dans l'oreille. TH. KLEIN.

Weitere Erfahrungen und Bemerkungen über die Paracentese des Trommelfells (Observations et remarques ultérieures sur la paracentèse de la membrane du tympan), par le professeur SCHWARTZE. (*Archiv für Ohrenheilkunde, t.* VI, 3e *livr.*)

Ce travail est la suite d'un autre article publié dans le t. II du même journal. L'auteur cite un certain nombre de cas détaillés et indique les résultats de 163 opérations faites sur 100 sujets. Il déduit de ces faits que la paracentèse est une opération indispensable et d'un excellent pronostic dans les cas où l'oreille moyenne est le siége d'un dépôt liquide.

KLEIN.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Ophthalmologie.

De la ensenanza de las enfermedades de los ojos y del ejercicio de esta especialidad (De l'enseignement des maladies des yeux et de l'exercice de cette spécialité), par T. Onoffre. (*Pabel. med., Madrid,* 1872.)

On ophthalmoscopic observations after the administration of toxic agents, par le Dr Aldrige. (*West Riding Reports.*)

Lectures delivered in the course of ophthalmic instruction at St-Mary's hospital (Granular conjonctivitis), par Haynes Walton. (*Med. Times and Gaz.*, 28 déc. 1872, t. II, p. 697.)

Ueber sympathische Augenentzündung (Sur l'ophthalmie sympathique), par le prof. R. von Artl (de Vienne). (*Wiener mediz. Wochenschr.*, n° 5, 1er fév.)

Du glaucome.—Leçons de clinique chirurgicale, par M. Marc Girard, professeur suppléant à l'Ecole de Toulouse. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, n° 2.)

Congenital malformation of the organs of vision, Dr Lloyd Owen. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Cas remarquable de malformation des deux iris, par Fano. (*Journ. des connaiss. méd.*)

Observation de luxation congénitale des deux cristallins, par le Dr Delacroix. (*Soc. méd. de Reims*, bulletin n° 8, p. 63.)

De l'emploi du collodion dans le traitement de certaines maladies inflammatoires des yeux, par A. Tartenson. (*Thèse de doct. de Paris*, n° 470, 1872.)

De la vascularisation de la conjonctive dans la conjonctivite, la kératite et l'iritis, par A. Quenette. (*Thèse de Paris*, n° 24.)

Algumas reflexoes sobre un casa de falso hypopion (Quelques réflexions sur un cas de faux hypopion), par J. Namorado. (*Correo med. de Lisbonne.*)

Choroïdite suppurative et collection purulente au-dessous du tendon sclérotical du droit supérieur dans un cas de fièvre puerpérale, par le Dr J. Gayat, médecin-oculiste, à Lyon. (*Lyon, méd.*, n° 24, 24 nov. 1872, p. 451.)

Tubercules de la choroïde, par Pasquier. (*Journ. d'ophthalmologie*, nos de nov. et déc. 1872, p. 560-561.)

Un cas de pellagre (accidents oculaires à la suite), par L. Tardy. (*Journ d'ophthalmologie*, nos de *nov.* et *déc.* 1872, p. 563-565.)

Quelques observations d'affections oculaires d'origine syphilitique, par J. Boncour. (*Journ. d'ophthalmologie*, nos de nov. et déc. 1871, p. 565-571.) —(4 observations : 2 d'iritis, 1 de choroïdite, et 1 de périnévrite optique.)

Kératite ulcéreuse produite par la poudre d'arsenic, par A. Piéchaud. (*Journ. d'ophthalmologie*, nos de nov. et déc. 1872, p. 561-563.)

Contribution à l'étude des corps étrangers intra-oculaires, par François Delelis. (*Thèse de doctorat de Paris*, n° 76).

Clinical remarks on a case of hyperemia of the optic disc (Remarques cliniques sur un cas d'hypérémie de la papille), Dr Oglesby. (*Med. Times and Gaz.*, 25 janv. p. 88 et 22 févr., t. I, 198.)

Neuritis optici.—The surgic. Soc. of Ireland, 17 janv. 1873, Dr R. Swanzy. (*Med. Press and Circul.*, 5 févr., p. 118.)

Congestion vascular de la retina, llamada impropiamente por los autores amaurosis incompleta, curada con el plan antiflogistico y revulsivo y con el uso interno de los calomelanos como medio antiplastico y derivativo (Congestion vasculaire de la rétine, appelée improprement par les auteurs amaurose incomplète, traitée par la méthode antiphlogistique et révulsive, et par l'usage interne du calomel à titre de médicament antiplastique et dérivatif). Observation par le Dr Antoine Romero Linares. (*El siglo medico de Madrid*, 29 *déc.* 1872.)

Clinical remarks on the value of strychnia in white atrophy of the optic nerve (Remarques cliniques sur la valeur de la strychnine dans l'atrophie blanche du nerf optique), par Jabez Hogg. (*Med. Press. and Circul.*, 15 janv., p. 41.)

Amaurosis treated by hypodermic injection of strychnia (Amaurose traitée par les injections hypodermiques de strychnine), par le Dr Bessay. (*Canada medical Record*, vol. I, n° 6.)

Traitement de l'amaurose par atrophie des nerfs optiques au moyen du badigeonnage de l'orbite avec un liniment iodo-strychné, par Fano. (*France méd.*)

Ether as an anæsthetic in ophthalmic cases, par Archibald H. Jacob. (*Brit. med. Journ.*, 25 janv., t. I, p. 103.

Nouvelle pince à immobiliser le globe oculaire dans les opérations, par le Dr Monoyer. (*Mém. Soc. méd. Strasbourg*, 1872, p. 138.)

Pratical remarks on the treatment of cataract, par G. Critchett. (*The med. Press. and Circ.*, 18 déc. 1872, p. 519.)

Clinique pour les maladies des yeux; compte rendu suivi de considérations sur l'opération de la cataracte et celle de la pupille artificielle, par Barde. — *Genève.*

The removal of cataract by solution, especially with regard to the soft cataract of early life and the operation by keratonyxis (De la résorption de la cataracte, spécialement dans ses rapports avec la cataracte molle du jeune âge et l'opération par kératonyxis), par Archibald Hamilton Jacob. (*Med. Press. and Circul.*, 5 fév., p. 105.)

Flap operation for cataract (Extraction à lambeau pour la cataracte), par Ch. S. Jeaffreson. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, t. II, p. 904.)

Flap operation for cataract (Méthode à lambeau dans la cataracte). Lettre de W. Spenser Watson. — Lettre de C. Bell Taylor. (*The Lancet*, 1 janv., t. I, p. 31.)

Accidents in flap extraction of cataract and the methods of avoiding them, par Archibald H. JACOB. (*In the medical Press. and Circular*, 19 févr., p. 154.)

Série de treize opérations de cataracte par la nouvelle méthode, ou extraction à lambeau médian, Dr WILLIAMS. — Boston city hospital. (*The Boston med. et surg. Journ.*, n° 4, 23 janv., p. 87.)

De l'opération de la cataracte par le procédé sous-capsulaire, par TAVIGNOT. (*Courrier méd.*)

Nuevo proceder de extraccion de la cataracta (Nouveau procédé pour extraire la cataracte), par del CASTILLO. (*Cronica oftalmologica de Cadix.*)

Tumeur fibro-plastique de l'orbite ayant récidivé sept fois dans l'espace de douze ans, par LETENNEUR (de Nantes). (*Soc. de chir.*, et *Gaz. des hôpitaux*, n° 31.)

Sur le cysticerque celluleux de la rétine, par le Dr CARRERO. (*Pabellon medico*, nov. 1872.)

On intraocular enchondroma, par le Dr KNAPP. (*New-York med. Record*, jan.)

Glioma of the eyeball (Gliome du globe de l'œil) et choroïdal sarcoma, par PRIESTLEY SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, t. I, p. 236.)

Note sur deux cas de tumeurs malignes de l'œil (service de M. Denucé, de Bordeaux), par M. VERDALLE. (*Bordeaux médical*, n° 2.)

Extirpation of the eyeball together with removal of the conjunctival sac, Dr STREATFEILD. (*The Lancet*, 14 déc. 1872, t. II, p. 849.)

Operation to relieve lachrymation due to eversion and closure of the puncta lachrymalia, Dr STREATFEILD. (*The Lancet*, 14 déc. 1872, II, p. 849.)

Note sur le cathétérisme des voies lacrymales, par SAVARY (du Mans). (*Annales d'oculistique*, *janv.* et févr., p. 47.)

Il blâme le cathétérisme trop répété et conseille l'emploi des injections d'une solution caustique de nitrate d'argent (10 cent. pour 30 gr.). L'auteur rapporte une observation qui vient à l'appui de sa pratique.

Ueber subjective Farbenempfindungen, die durch objektive Gehörempfindungen erzeugt werden (Sur les sensations subjectives de couleur qui sont produites par les impressions objectives de l'ouïe), par J.-A. NUSSBAUMER. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, nos 1, 2 et 3, janv. 1873.)

Otologie.

On diseases and injuries of the ear, par W.-B. DALBY. (Leçons IXe, Xe, XIe et XIIe.) (*The Lancet*, déc. 1872, II, p. 842 et 873.)

Mémoire sur le cérumen considéré chimiquement et pathologiquement sous un nouveau point de vue, par PÉTREQUIN, de Lyon. (*Union médicale*, nos 26 et 27.) — Reproduction sans changements notables des comptes rendus. (*Ac. des sciences*, 1869.)

Sur les cicatrices de la membrane du tympan, par GRUBER. (*Pester Medizinisch-chirurgische Presse* n° 1.)

Ruptur des Trommelfells bei einem Erhängten (Rupture de la membrane du tympan chez un pendu), par le Dr OGSTON, d'Aberdeen. (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, tome VI, 4e livr.)

Zur Behandlung der Ohrpolypen (Contribution au traitement des polypes de l'oreille). Dr PFLUGER. (*Corresp. Blatt f schweiz. Aerzte*, n° 4.)

L'auteur se loue fort de l'emploi de l'acide chloroacétique pour cautériser le pédicule du polype, moyen qui avait déjà été proposé par DALBY, en 1871, dans *The Lancet*.

Corps étranger dans l'oreille; observation par le Dr C. MIOT. (*Mouv. méd.*, n° 1, p. 3.)

Note sur l'emploi de bougies caustiques au silicate de potasse dans les affections catarrhales chroniques des muqueuses de l'urèthre et surtout de la trompe d'Eustache, par M. BONNAFONT. (*Un. méd.*, n° 21, p. 251.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANALYSES.

Operative Surgery adapted to the living and dead subject (Chirurgie opératoire), par C.-P. MAUNDER. (2e *édit.*, 164 *fig.*, *J. et A. Churchill, London*, 1873.)

C'est un manuel de médecine opératoire imité, avec succès, de nos plus courts manuels français et illustré en partie aux dépens de l'ouvrage de Sédillot.

« La première édition, dit l'auteur, ne contenait aucune nouveauté; mais dans celle-ci se trouvent les perfectionnements que j'ai apportés aux résections du coude et de la mâchoire inférieure. » M. rapporte, en effet, qu'il a pu enlever une grande partie du corps du maxillaire inférieur, sur un enfant de dix ans, sans inciser la peau et en conservant le périoste.

Quant à son procédé pour la résection du coude, M., qui a suivi un cours d'opérations à Paris, aurait pu l'y voir enseigner sous le nom de Parck (1781) son compatriote. Il est juste de dire que Maunder pose nettement certains préceptes généralement passés sous silence, et sans lesquels le procédé n'aurait pas plus que les autres l'avantage de conserver à l'avant-bras opéré des mouvements actifs d'extension.

Une incision longitudinale et postérieure est faite sur le milieu du coude, intéressant toute l'épaisseur des parties molles; ses deux lèvres sont décollées avec soin des os sous-jacents, de manière à conserver les précieuses adhérences du triceps à l'aponévrose anti-brachiale, spécialement en dehors, au niveau de l'anconé qui, comme on le sait, continue pour ainsi dire le triceps. Trois malades opérés par ce procédé perfectionné et que Malgaigne ne rejetterait

sans doute plus aujourd'hui, étendaient parfaitement l'avant-bras; l'un d'eux pouvait jouer au billard, au palet, et mettre ses gants avec facilité. L. H. FARABEUF.

Death after the administration of nitrous oxide (Mort après l'administration du protoxyde d'azote). (*Brit. med. Journ.*, 1er *février* 1873, *I, p.* 126.)

Jusqu'à ce jour, on ne connaissait aucun exemple de mort résultant de l'administration du *protoxyde d'azote,* employé surtout pour l'extraction des dents. Le fait suivant, qui s'est produit à Exeter, semble malheureusement démontrer que cet anesthésique, pas plus que l'éther et le chloroforme, ne peut être considéré comme jouissant d'une innocuité absolue :

Une dame de 38 ans, bien portante, s'adressa à M. Brown-Mason pour se faire enlever une grosse dent de la mâchoire supérieure. Elle était accompagnée de son médecin, M. Pattinson. L'inhalation du gaz, pratiquée comme d'ordinaire, détermina une accélération du pouls, contrairement à ce qui se produit habituellement. On interrompit l'inhalation; mais la patiente se refusa à subir l'extraction sans que l'anesthésie fût complète, et le gaz fût de nouveau administré. Au moment où l'opérateur, après avoir préalablement isolé les deux racines, achevait l'opération, il fut frappé de la pâleur de la face. La langue fut attirée hors de la bouche pour faciliter le passage de l'air. La respiration et le pouls n'avaient pas cessé; cependant la mort survint environ huit minutes après.

Le gaz était pur et venait d'être employé deux fois pour d'autres personnes. L'opérée n'avait pas mangé avant d'être soumise à l'inhalation.

M. Pattinson n'a pas constaté de syncope, et ne croit pas que sa cliente eût aucun trouble circulatoire; mais elle avait l'apparence pléthorique.

Le Dr Drake, appelé au moment de l'accident, trouva la malade sans connaissance, mais respirant encore; la face était livide et gonflée; la respiration cessa bientôt. Il attribue la mort à la paralysie des parties qui règlent la respiration (*of the parts which regulated her breathing*).

L'auteur de l'article du *Brit. med. Journal*, fait remarquer que bien des détails manquent dans la relation de ce fait, et qu'il est difficile d'apprécier exactement les causes qui ont pu amener la mort. Il s'étonne également, à bon droit, que l'autopsie n'ait pas été pratiquée. Elle seule pouvait éclairer sur la véritable cause de la mort. Peut-être y a-t-il eu une hémorrhagie cérébrale (apoplexie), peut-être du sang ou un corps étranger est-il tombé dans le larynx.

Dans le numéro suivant, du même journal (8 février, p. 149), on trouve des détails circonstanciés sur ce cas malheureux, qui a été l'objet d'une discussion à la Société odontologique de Londres. Cette discussion a fait connaître une particularité remarquable. M. Braine ayant examiné l'instrument qui avait servi à maintenir les mâchoires écartées pendant l'opération, a constaté qu'un fragment s'en était détaché (l'instrument était en bois). Or, l'opérateur affirme

que l'instrument était intact avant qu'il s'en servît. Ce fragment peut donc avoir pénétré dans le larynx et causé la mort. Telle est l'opinion émise par M. Braine. Cependant, M. Coleman incline à croire que la mort a été le résultat d'une apoplexie. E. DELENS.

Traitement de Lister.

Sur le système de traitement antiseptique tel qu'il est pratiqué par les Anglais et principalement par le Dr Lister, d'Edimbourg. par F. de ZAYAS-BAZAN. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Bien que le pansement de Lister soit connu de tout le monde aujourd'hui et que ses brillants résultats paraissent incontestables, il est encore loin d'être d'usage journalier dans nos hôpitaux. De Zayas a voulu s'assurer de visu du procédé et des résultats du professeur d'Édimbourg.

La plaie est d'abord et le plus tôt possible, purifiée à l'aide d'injections et d'ablutions phéniquées; puis on l'entoure d'un nuage de poussière d'eau antiseptique, et, alors seulement, on applique des compresses ou bandelettes imprégnées d'une mixture adhésive phéniquée.

Lister fait un véritable pansement par occlusion; il le fait très-large, dépassant de beaucoup la plaie afin que le pus qui ne peut sortir qu'en s'insinuant entre la peau et le pansement imperméable, ait un long trajet à parcourir avant d'arriver au contact de l'air. Il espère ainsi que si des germes tendent à s'introduire par la même voie, mais en sens contraire, ils auront le temps d'être détruits par la face profonde du pansement avant d'arriver à la plaie.

Le premier jour, le pansement antiseptique est appliqué à nu sur la plaie au risque de l'exciter fortement, afin d'être sûr de détruire les germes qui pourraient avoir échappé aux lavages. Mais plus tard, comme les pansements sont changés au milieu d'un nuage antiseptique, destructeur des germes ambiants, et que la plaie ne saurait impunément être irritée fortement, on la couvre d'un taffetas protecteur *(protective)* qui ne la déborde pas, tandis que l'antiseptique, appliqué par-dessus, s'étend, au contraire, fort loin tout autour.

Lister renouvelle le pansement le deuxième jour, puis il s'efforce de le renouveler le moins souvent possible. Voici un exemple observé par Z. : Il s'agit d'une fracture compliquée des malléoles avec large ouverture de l'articulation du côté externe; le pansement est renouvelé le deuxième jour, puis le quatrième, le septième, le dixième, le quinzième, le vingtième, le vingt-septième et le trente-cinquième. A ce moment la malléole interne est consolidée, l'articulation mobile, la plaie en très-bonne voie de cicatrisation.

Les compresses, bandes et bandelettes sont formées de pièces de gaze, préparée par l'immersion dans une mixture composée de résine 3,562 gr., paraffine 5,562 gr., et acide phénique 717 gr.

On couvre la plaie de 8 à 16 feuillets de gaze, et sous le plus superficiel on met un morceau de tissu imperméable afin que le pus, si la gaze ne peut tout absorber, ne puisse sortir que sur le pourtour du pansement.

Dans un appendice ajouté à la thèse de Z..., Lister, après avoir dit que le traitement antiseptique exige de l'habileté, de la patience et de la volonté, rappelle qu'avant de l'employer il a perdu 16 amputés sur 35, et que depuis il n'en a perdu que 6 sur 40.

L. H. FARABEUF.

Ueber Lister's antiseptische Wundbehandlung (Traitement antiseptique de Lister), par A.-W. SCHULTZE. (*Sammlung klinischer Vortræge*, 1873, n° 52. — *Leipzig.*)

La défaveur dans laquelle le traitement de Lister semble être tombé sur le continent tient, suivant l'auteur, non-seulement à ce que sa manière de procéder est mal connue, et qu'en donnant une importance trop grande à certains détails de son procédé, on néglige un certain nombre d'entre eux, mais surtout à ce que le but lui-même que se propose le chirurgien d'Edimbourg est trop souvent perdu de vue par ceux qui veulent l'imiter.

Le traitement antiseptique de Lister ne consiste pas uniquement en l'emploi d'un agent antiseptique, mais, comme Lister lui-même l'observe (*On the effects of the antiseptic system upon the salubrity for a surgical hospital*, Edinburg, 1870, p.8), « c'est un pansement qui a pour effet d'empêcher les fermentations putrides dans les parties qu'il protége. »

Pour juger de la méthode elle-même et de ses résultats, l'auteur est allé l'étudier dans le service de Lister, et c'est le résultat de ses observations personnelles qu'il rapporte.

Lister commence par désinfecter la partie sur laquelle il opérera, les instruments destinés à l'opération, les mains de l'opérateur lui-même, par l'immersion ou les lavages dans une solution aqueuse à 2 ou 3 0/0 d'acide phénique.

L'opération elle-même se pratique sous le jet de pulvérisateur lançant en fine poussière cette solution désinfectante. L'hémostase, faite avec le plus grand soin, est obtenue par ligature des artères au moyen de fil de Catgut, tiré des tuniques musculeuse et péritonéale de l'intestin grêle du mouton et plongé dans une divulsion spéciale d'acide carbonique cristallisé et dissous dans l'eau avec cinq parties d'huile d'olive. Le fil de Catgut laissé pendant deux mois à basse température dans ce mélange devient inattaquable aux fermentations putrides, insoluble dans les liquides de l'économie, et

reste néanmoins résorbable en totalité, ainsi que l'ont démontré les expériences et la pratique de Lister.

Les sutures sont faites avec la même espèce de fil; on laisse toujours ouvert un angle de la plaie pour favoriser le libre écoulement du pus, et l'on y introduit un tube en caoutchouc désinfecté par l'acide phénique.

On plonge de la gaze dans un mélange de : résine, 5 parties; paraffine, 7 parties; acide phénique cristallisé, 1 partie, chauffé au bain-marie; on l'on retire quand elle en a absorbé son poids environ; pour éviter que cette préparation n'irrite la plaie, Lister interpose entre elle et celle-ci son « protective, » plaque de taffetas gommé trempé dans l'acide phénique et enduite du mélange suivant : solution d'acide phénique, 16 parties; alcool, 2; dextrine, 1. Ce mélange permet aux liquides de la plaie de mouiller le taffetas.

On plie la gaze en huit doubles, et on en recouvre la plaie en la dépassant de tous côtés d'une largeur de main environ, dans l'épaisseur de la gaze on interpose un petit morceau de tissu imperméable qui force les liquides de la plaie de sortir par tous les points du pansement et retarde ainsi leur issue; quelques circulaires de gaze maintiennent le pansement.

Celui-ci doit être renouvelé avec les mêmes précautions toutes les fois qu'il est traversé par la suppuration. La condition de guérison des plaies, pour Lister, est le : « *to be let alone*, » et c'est à cet isolement de toute espèce d'agent miasmatique extérieur que doit sans cesse viser le chirurgien dans le traitement.

Or, dans sa visite aux principaux établissements hospitaliers de la Grande-Bretagne et du continent, Schultze a cru remarquer que le but même du pansement antiseptique était oublié en raison de la distance qui séparait les chirurgiens d'Edimbourg; que l'on ne s'attachait guère qu'aux détails, et qu'ainsi s'expliquaient les insuccès qu'on tâche d'attribuer à la méthode elle-même.

Cet exposé du traitement antiseptique de Lister est précédé d'un aperçu de l'état actuel de la question des fermentations putrides et des infections qui en dépendent. Nous ne croyons pas devoir insister sur ces détails, qui sont bien connus et n'offrent aucun point nouveau à signaler. PAUL BERGER.

Greffe cutanée.

On Skin Grafting (Sur la greffe cutanee), par Thomas BRYANT. (*Guy's hospital Reports, Third series, vol. XVII, p.* 237).

L'auteur décrit et figure un instrument spécial, réunissant l'usage de la pince à celui des ciseaux avec lequel il incise la couche superficielle de la peau, y compris le réseau muqueux de Malpighi,

mais sans entamer le tissu graisseux sous-cutané. Il divise ensuite le petit lambeau cutané en trois ou quatre fragments, et place ceux-ci à *environ un demi-pouce, ou trois quarts de pouce des bords de la plaie, et à une distance d'un pouce les uns des autres.* Il a reconnu que les greffes excitent beaucoup plus activement les cicatrisations lorsqu'on les place au voisinage des bords de la plaie que lorsqu'on les fixe vers le centre. Les greffes sont appliquées directement sur la surface granuleuse qu'il est inutile d'aviver.

Abordant les questions de *physiologie pathologique* que s'était posées Reverdin, Bryant arrive aux conclusions suivantes :

La cicatrisation est activée par un double mécanisme : 1° par une stimulation directe de la plaie, dont on voit les bords envoyer des traînées épidermiques vers celles qui partent de la greffe; 2° par une prolifération des propres cellules de l'ilot greffé. Une preuve frappante de ce fait est fournie par une observation de l'auteur. Sur un ulcère de la jambe, ce chirurgien greffa quatre petits lambeaux de peau de nègre, qui réunis n'étaient pas plus larges qu'un grain d'orge. Par leur développement et la réunion de leurs prolongements, ils formèrent une plaque cutanée qui, au bout de dix semaines, était vingt fois plus étendue que l'ensemble des petits lambeaux primitifs. Un mois plus tard, ses dimensions étaient d'un pouce de long sur un demi-pouce de large; la coloration noire était conservée. Il est donc évident que les cellules pigmentaires avaient considérablement proliféré.

Bryant n'est pas partisan de la greffe avec de grands lambeaux de peau. Elle a, dit-il, été souvent pratiquée à Guy's Hospital, soit que l'on empruntât la peau au malade lui-même, soit qu'on la prît sur des membres amputés. Les insuccès ont été très-nombreux dans ce dernier cas. Dans un fait, dont l'observation est donnée, les greffes réussirent à la vérité, mais les lambeaux ne se développèrent que très-peu, et, après la cicatrisation, restèrent reconnaissables à leur saillie et à la limitation de leurs bords; il semblait qu'ils n'eussent pu parvenir à se fusionner avec les tissus environnants.

L'auteur repousse les larges greffes pour d'autres raisons encore, savoir : leur inutilité, car une petite greffe active encore davantage la réparation de la plaie; — la grande perte de substance qu'il faut faire subir au malade si l'on prend de sa propre peau; — si l'on emploie de la peau empruntée à un autre sujet, la fusion difficile de ce nouveau tissu avec les tissus voisins; et, enfin, le risque d'introduire des éléments nuisibles dans le sang du patient. L'auteur insiste sur ce danger, qu'il nous paraît s'être beaucoup exagéré. Bryant repousse la greffe épidermique proprement dite, telle que l'a recommandée M. Marc Sée, ou telle que la pratique Poland par le grattage de la peau.

Quel est le *pronostic* des greffes cutanées? Le tégument ainsi obtenu possède-t-il la même résistance que la peau primitive? Cela

n'est pas démontré, et Bryant incline même, d'après certaines observations qu'il a faites, à penser que cette nouvelle peau s'ulcère très-facilement, surtout chez les sujets qui ont dépassé le milieu de la vie. Il croit, en outre, avoir remarqué que la cicatrice obtenue au moyen des greffes est plus sensible que celle qui se forme spontanément.

En terminant, Bryant rapporte trois observations dont deux ont été déjà mentionnées. La troisième, quoique réduite à quelques lignes, est de la plus haute importance. Elle est relative à une ectopie de la vessie chez une petite fille de sept ans, guérie par la greffe cutanée. Ce fait prouve qu'un lambeau de peau peut être transplanté sur une membrane muqueuse et s'y développer. Dans cet exemple le lambeau doubla à peu près d'étendue; aucune tendance à la production cutanée ne se montra, du reste, sur la muqueuse en d'autres points.

Deux planches complètent cet intéressant mémoire.

S. POZZI.

De la durée de la vitalité des tissus et des conditions d'adhérence des restitutions et transplantations cutanées, par le Dr Georges MARTIN. (*Thèse de Paris*, *n*° 41, 1873.)

Ce travail est divisé en deux parties :

Dans la première, l'auteur a cherché à déterminer la durée de la vie des tissus après leur séparation complète d'un organisme, et les circonstances qui peuvent déterminer ou augmenter cette durée.

Dans la seconde partie, il a étudié les conditions nécessaires à la manifestation des actes adhésifs sur des plaies encore vives, de lambeaux cutanés sans pédicules, que ces lambeaux fussent de simples restitutions ou des transplantations provenant du même animal, ou d'un animal d'une espèce plus ou moins éloignée.

Voici les conclusions générales auxquelles l'auteur est arrivé après de nombreuses expériences qui sont consignées dans tous leurs détails :

Une partie séparée conserve sa vitalité pendant plusieurs jours; elle est apte à contracter adhérence pendant tout ce temps. La limite à laquelle M. Martin est parvenu est de cent huit heures pour de petits lambeaux cutanés.

Dans les derniers jours comme dans les premiers, l'aptitude du tissu à contracter adhérence est à peu près la même. L'auteur en tire cette conséquence pratique, que, pour la réparation d'un organe séparé, le chirurgien pourra se servir de lambeaux pris sur des cadavres peu de temps après la mort.

Les agents qui influent le plus sur la durée de la vitalité des tissus séparés du corps sont : le degré de température, l'état hygrométrique du milieu et le volume de la partie. Pour conserver un

lambeau, il faut donc le maintenir à une basse température, dans un vase hermétiquement fermé. Il perdra ses propriétés vitales d'autant plus vite qu'il sera plus volumineux.

L'auteur pense, sans toutefois avoir fait d'expériences sur ce point, qu'une dissolution très-étendue de potasse pourrait jouer un rôle utile dans la conservation des tissus, et prolonger leur vitalité.

M. Martin établit par ses recherches expérimentales que, pour arriver à faire adhérer un lambeau sans pédicule, il faut réunir les trois conditions suivantes : une texture dense, une température assez élevée, et une douce compression. Toutes les fois que ces deux dernières conditions sont seules remplies, ou, en d'autres termes, toutes les fois que l'une des surfaces ou les deux surfaces mises en contact sont recouvertes de tissu cellulaire, l'opération ne réussit pas. Au contraire, l'adhérence est assurée, si une texture dense sur chacune des parties est jointe à une température et à une compression suffisante. L'auteur insiste beaucoup sur cette influence de la densité des tissus qui explique, suivant lui, la réussite des réunions de nez et de doigts entièrement coupés, et l'insuccès des différentes greffes sur les mammifères dont le tégument jouit d'une grande mobilité, comme le chien. M. Martin est arrivé le premier à réussir sur cet animal, et cela seulement, parce qu'il s'est avisé d'opérer l'insertion du lambeau sur le tissu musculaire.

Le meilleur moyen pour entretenir autour du lambeau une température élevée, est d'avoir recours à un pansement ouaté, analogue à celui que fait M. Alph. Guérin après les opérations chirurgicales.

Enfin, l'auteur recommande comme pratique non indispensable, mais avantageuse, la fustigation du lambeau avant toute opération de transplantation. Il espère attirer ainsi en abondance, dans la partie, des sucs nourriciers capables d'activer les phénomènes de segmentation. S. POZZI.

Résections.

Die Resectionen der Gelenke (Résections des articulations), par Richard VOLKMANN. (*Sammlung klinischer Vorträge, n° 51. — Leipzig.*)

L'auteur, dans ce travail conçu dans le meilleur esprit clinique, ne traite que les résections du membre inférieur.

Laissant de côté les détails purement historiques, il se borne à préciser les indications de ces opérations, et à faire part des résultats qu'il a obtenus dans sa longue pratique.

I. — *Résection de la hanche.* — Les remarques qui vont suivre s'appliquent presque exclusivement à la résection chez les en-

fants. Deux ordres de lésions, en effet, peuvent nécessiter cette opération : ce sont la coxalgie et les fractures par coup de feu.

La *coxalgie* des adultes est assez rare, s'accompagne presque toujours de tuberculisation pulmonaire, aussi Richard Volkmann n'a-t-il pas eu l'occasion d'intervenir chirurgicalement dans des cas de ce genre. Chez les enfants, au contraire, il est parvenu à poser nettement les indications du traitement opératoire; il les tire de cinq considérations différentes :

1° Quand la maladie suit une marche chronique, mais que la suppuration épuise le malade, que la fièvre hectique le mine, et que la nutrition générale languit. Avant néanmoins de recourir à la résection il faut tenter de pratiquer par les fistules l'évidement, le nettoyage par rugination des parties malades ;

2° Quand une coxalgie qui, jusqu'alors, n'avait point eu de retentissement sur l'état général, devient le siége d'une poussée aiguë ou subaiguë dangereuse, quand la carie, *sèche* auparavant, se complique de la production d'une masse énorme de granulations synoviales qui se détruisent presque aussitôt, il faut, en toute hâte, recourir à la résection, trop heureux si l'aggravation subite et extrême de l'état général n'interdit pas toute intervention active. L'exacerbation fébrile, la mobilité qui se produit dans une articulation presque ankylosée sont les signes qui indiqueront l'opportunité de la résection ;

3° La pénétration du pus dans le bassin, indice de la perforation de la cavité cotyloïde, ne permettra aucune hésitation. Contrairement à l'avis de la majorité des chirurgiens français, l'auteur pense que du même coup l'on supprime la cause de l'aggravation des lésions, la pression articulaire, et l'on favorise le libre écoulement du pus ;

4° La luxation spontanée coïncidant avec la suppuration intra-articulaire indique la résection. Il faut distinguer ici les cas où une simple accumulation de sérosité dans la capsule a provoqué le déplacement articulaire de ceux où il y a vraiment suppuration. Dans les premiers la réduction simple devrait être tentée. Cette lésion, dont nous ne connaissons guère d'exemples, serait, d'après Richard Volkmann, fréquente à la suite du typhus, des fièvres exanthématiques, etc., etc. Dans les autres cas, ceux où il existe des fistules, la résection doit être tentée ;

5° Lorsqu'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur a entraîné la perforation articulaire et la suppuration de l'articulation coxo-fémorale, il faudrait encore avoir recours à la résection; mais le diagnostic, exact ici, est fort difficile, et ce serait une faute grave de réséquer l'extrémité supérieure du fémur, si sa diaphyse entière était le siége de la suppuration médullaire.

Les fractures du col du fémur par coups de feu, malgré les mauvais résultats obtenus dans la dernière campagne, insuccès qui doivent être attribués surtout à l'absence des soins ultérieurs

dont Richard Volkmann fait le principal élément de réussite à la suite de ces opérations, devraient souvent être traitées par la résection. L'auteur cite sur ce point les travaux de George Otis, chirurgien américain.

A côté de ces cas de résection, Richard Volkmann place ceux où, comme Rhea-Barton le fit, on dut pratiquer la section du col du fémur pour remédier à une ankylose en position vicieuse. Il rejette cette opération qui a donné 50 0/0 de mortalité dans les cas où la consolidation est déjà complète et ne la conserve que pour ceux où elle n'est pas encore complétement effectuée. Il préconise alors l'*ostéotomie sous-cutanée* de Langenbeck.

Relativement au manuel opératoire l'auteur recommande le procédé de Langenbeck, l'incision rectiligne longitudinale externe.

Il s'appuie sur les statistiques de Leisrink et de Richard Good (*thèse*, Paris, 1869) pour préférer la section sous-trochantérienne du fémur à la simple décapitation de l'os. Il insiste sur la nécessité absolue d'éloigner dans les premiers temps qui suivent l'opération le fragment inférieur de la cavité cotyloïde et propose, pour y parvenir, l'extension permanente avec des poids. Il faut surveiller avec la plus grande attention la libre issue du pus. Les résultats de cette opération n'ont pu encore être assez observés pour trancher la question de son influence sur l'accroissement ultérieur de l'os, chez les jeunes sujets. Richard Volkmann pense toutefois que l'obstacle résultant de l'ablation du cartilage épiphysaire supérieur est peu considérable, que dans tous les cas les altérations osseuses le rendraient inévitable, même en l'absence de toute intervention chirurgicale, et que celle-ci, en améliorant l'état de nutrition de l'os, rend cet inconvénient moins sensible en permettant à l'épiphyse inférieure de se développer librement.

II. — *Résection du genou.*— Cette opération devrait presque être proscrite du traitement des *tumeurs blanches* du genou, d'après Richard Volkmann. De 104 résections du genou pratiquées en Allemagne (*Knoll Diss.* Leipzig, 1866), 52 moururent, et parmi les autres beaucoup conservèrent des fistules osseuses, ou un membre incapable de fonctionner. En Angleterre les résultats sont, paraît-il, plus favorables, mais aussi les chirurgiens se décident-ils à opérer bien plus tôt et souvent avant l'établissement de fistules. Dans tous les cas cette opération doit être réservée pour les cas où la suppuration articulaire menace l'existence, et, même alors, l'évidement et la rugination des os suffirait souvent.

Quant aux *lésions traumatiques* et spécialement aux coups de feu ayant atteint le genou, on peut tenter de les traiter par conservation; un blessé qui ne peut supporter la suppuration de la fracture bien contenue et bien traitée, ne saurait survivre à une amputation de cuisse au tiers supérieur. Jusqu'à présent la résection du genou en temps de guerre n'a donné que des insuccès et a dû

même être abandonnée des chirurgiens allemands pendant la dernière campagne, mais peut-être les circonstances accessoires jouent-elles un grand rôle parmi les causes de mortalité dans ces cas ; la pratique civile a donné, en effet, des résultats plus satisfaisants.

Pour l'opération elle-même, Richard Volkmann donne, à l'incision transversale à convexité inférieure, une préférence marquée sur les autres procédés. Il faut enlever le moins possible des surfaces articulaires, et, si l'on peut, combiner la résection avec l'évidement des épiphyses. L'appareil contentif doit être très-soigné.

Chez les jeunes sujets le raccourcissement ultérieur par arrêt de développement est notable (9 pouces de raccourcissement pour 3 et 1/2 pouces d'os réséqués chez un garçon de 12 ans, *Pemberton*). Nous avons déjà dit que l'absence de consolidation osseuse était fréquente, dans ces cas le membre est la cause d'une gêne fonctionnelle qui va jusqu'à l'impossibilité de la marche. Souvent même la résection semble n'avoir en rien modifié l'état du malade.

III.—*Résection de l'articulation tibio-tarsienne.*— Les résultats sont des plus satisfaisants; si une ankylose immobilise cette articulation, en revanche celles du tarse paraissent devenir plus mobiles et permettre des mouvements étendus. Peut-être est-ce dû à la facilité que l'on a de conserver le périoste ; quoi qu'il en soit la déformation consécutive et le raccourcissement sont souvent nuls, ce qui tient à la réparation presque complète de l'os extirpé. La mortalité n'atteint pas 1/7 des cas.

Les indications sont les plaies, fractures, et luxations compliquées de l'article. En général, il ne faut point se hâter d'opérer; la résection secondaire étant plus favorable que l'immédiate. On peut même pratiquer tardivement cette opération pour remédier à des vices de consolidation et à des déformations par trop prononcées. L'ostéomyélite avec perforation de l'articulation par le pus peut-être considérée comme une indication formelle.

Dans la carie les résultats sont plus incertains. Dans ces cas chez les adultes on sera généralement forcé de recourir à l'amputation; chez les enfants l'évidement et la conservation réussiront.

Richard Volkmann préconise les deux incisions latérales; la dissection attentive du périoste; l'extirpation du péroné d'abord, puis la section sous-périostée et sur place du plateau du tibia avec la scie de Langenbeck.

IV. — *Les résections partielles du pied* conviennent dans les plaies par coups de feu. Langenbeck et l'auteur ont obtenu de beaux résultats de cette opération dont le manuel, très-variable suivant les circonstances, doit être laissé au choix du chirurgien.

PAUL BERGER.

Der radiale Längsschnitt zur Resection des Ellenbogengelenks (De la résection du coude, avec incision longitudinale externe), par C. HUETER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, II, *n°* 1, 29 *nov.* 1872, *p.* 67-90.)

Hueter propose un nouveau procédé de résection du coude, qui, il le reconnaît lui-même, n'est qu'une modification de celui de Nélaton.

Il commence par une incision préliminaire, interne, longitudinale, ayant de 1 1/2 à 2 centim. de longueur, faite sur l'épitrochlée, se rapprochant plus de sa face antérieure que de sa face postérieure. Cette incision découvre l'épitrochlée, et permet d'en détacher les insections des muscles épitrochléens et du ligament latéral interne de l'articulation du coude.

Dans un second temps, il enfonce la pointe de son couteau immédiatement au-dessus de l'épicondyle et pratique une grande incision longitudinale externe, coupant le ligament latéral externe, le ligament annulaire du radius et la capsule qui est largement ouverte. La tête du radius est réséquée. Le doigt est introduit ensuite dans l'articulation; la capsule est sectionnée ou détachée avec le périoste, d'abord en avant, puis en arrière, de ses insertions humérales. L'humérus est alors luxé en dehors; la section préliminaire du ligament latéral interne rend ce temps de l'opération facile; il n'exige pas beaucoup de force, ce qui évite toute chance de lésion du nerf cubital; l'humérus luxé est réséqué. On fait saillir l'olécrâne dans la plaie interne; le triceps se trouve tendu; on détache les insections en ayant soin de bien raser l'os, de couper l'os plutôt que le tendon. On détache de même les insertions du brachial antérieur, puis l'on réséque l'extrémité supérieure de l'humérus.

Cette opération s'exécute sans grande perte de sang.

Hueter place dans la plaie un tube à drainage en métal, criblé de trous dont une extrémité, un peu arrondie, correspond à l'incision interne. Il place le membre immédiatement dans un appareil plâtré, à deux fenêtres, l'une petite, interne, l'autre vaste, externe. Il lave la plaie et panse à l'acide phénique.

Avec ce procédé, la blessure du nerf cubital n'est pas à redouter; il n'est pas découvert dans toute la durée de l'opération. L'incision interne, étant faite vers la face antérieure de l'épitrochlée ne portera jamais sur ce nerf. Cette incision relâche considérablement les liens qui unissent les os et facilite la luxation de l'humérus; en même temps que, devenue inférieure après l'application de l'appareil inamovible, elle sert parfaitement à l'écoulement du pus. L'incision externe permet de détacher les tendons des muscles du bras, surtout celui du triceps, sans les couper, sans les séparer du périoste et de l'aponévrose anti-brachiale; ainsi sont conservées les formes des os enlevés; la consolidation se fait rapidement; au bout de qua-

tre à six semaines elle était, dans les cas de Hueter, assez avancée pour permettre quelques mouvements, et l'on n'a pas à redouter de cette façon l'atrophie des muscles du bras par défaut d'exercice. Quant à l'ordre suivant lequel les os sont réséqués, Hueter le donne comme étant d'une exécution plus facile que celui adopté par Nélaton, qui enlève l'extrémité du cubitus avant de réséquer l'humérus.

L'auteur insiste encore sur ce que, dans son procédé, il ouvre largement les deux bourses séreuses épicondylienne et épitrochlienne, qui dans les autres méthodes deviennent souvent le point de départ d'abcès. Toutefois, l'inflammation de la bourse olécrânienne reste à craindre.

Dans le cas d'ankylose solide de l'articulation, ce procédé doit être modifié, l'incision interne sera plus étendue et ce sera par elle que l'on détachera les parties molles des portions internes des os, en ayant soin de ménager le nerf cubital. Mais l'on pourra encore conserver intacts les tendons.

Ce procédé ne conviendrait pas, il est vrai, pour une résection partielle de l'extrémité supérieure du cubitus, mais l'auteur rejette entièrement cette opération, et avec raison.

Hueter a pratiqué 7 fois cette résection; il y a eu 1 décès, chez un jeune garçon de quinze ans, atteint de fracture du coude, avec fusées purulentes très-étendues et qui succomba à l'infection purulente. Les autres ont guéri; la plupart sans aucune complication; conservant une articulation solide et non ankylosée, pouvant exécuter des mouvements volontaires.

L'auteur termine son travail en rapportant quelques observations de résection du coude, que nous ne faisons que mentionner en sommaire :

Jeune fille de quatorze ans; ankylose du coude. Résection par le procédé sus-indiqué : au bout de trois semaines, les mouvements volontaires ont reparu; l'articulation est solide.

Homme, 23 ans; corps étrangers de l'articulation du coude osseux: l'un mobile, l'autre adhérent par un filament de la synoviale à la fosse olécrânienne; arthrite, résection par le procédé de Hueter. Guérison complète, au bout de 3 mois.

Enfant de 1 an; arthrite suppurée du coude, syphile congénitale, résection par le procédé de Hueter. Au bout de 7 semaines, guérison, consolidation, mouvements passifs possibles.

Femme, 72 ans; plaie pénétrante de l'articulation du coude, déchirure du triceps. Résection par le procédé de Langenbeck (incision longitudinale postéro-interne). Guérison en six semaines, l'articulation reste flottante. H. THORENS.

Néphrotomie.

A new case of extirpation of the Kidney with remarks (Nouveau cas d'extirpation du rein avec remarques), by George A. PETERS, surgeon to St-Luke's hospital. (*New-York med. journal, nov.* 1872.)

Sous ce titre l'auteur publie l'observation d'un cas d'ablation du rein qu'il a pratiquée lui-même, et fait l'histoire de cette opération. Il n'en a pu trouver malgré ses recherches que trois cas dans la science.

Le premier, publié en 1870 dans la *Deutsche klinik*, appartient à Simon de Heidelberg. Voici son histoire en deux mots :

Dans une opération d'ovariotomie pratiquée sur une femme de trente-six ans l'uretère gauche fut coupé accidentellement. Il en résulta une fistule urinaire sus-pubienne. On essaya sans succès de mettre l'uretère en communication avec la vessie, et ensuite d'en obtenir l'oblitération. S'étant assuré par des expériences sur des animaux qu'un seul rein peut suffire à la dépuration urinaire, Simon fit l'extirpation du rein gauche.

La femme guérit de l'opération et naturellement de sa fistule. Au bout de six semaines elle put se lever.

Les ligatures ne tombèrent néanmoins qu'après six mois révolus.

Dans le deuxième cas dont la relation a été publiée dans le *Wurtemberg Correspondenzblatt* pour 1870, n° 61, il s'agit d'une extirpation du rein faite par le docteur Linser consécutivement à une blessure par arme à feu.

La blessure eut lieu en décembre. Elle occupait le côté gauche de la colonne lombaire. Il s'en échappa du sang et de l'urine. La suppuration s'établit et jusqu'au mois de mars on maintint dans la place des tubes à drainage.

L'urine contenait des cylindres. Au mois de mars des calculs de forme irrégulière commencèrent à passer à travers la plaie. Il y avait en même temps de la douleur à la région rénale du côté non blessé avec des signes de néphrite. L'urine rendue par la miction contenait du pus, des corpuscules sanguins et parfois des moules. Au bout de quelques jours les symptômes aigus s'apaisèrent.

L'opération fut pratiquée le 23 mars 1871. On agrandit la blessure de manière à la convertir en une incision s'étendant de la douzième côte à la crête iliaque. Le rein était dilaté en une sorte de kyste. Son volume était tel que l'opérateur se vit obligé de reséquer un pouce environ de la 12e côte et d'agrandir la plaie latéralement.

La compression suffit pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère intercostale.

L'opération dura deux heures, à cause de quelques accidents produits par le chloroforme. La perte de sang fut légère, le malade mourut au bout de dix heures. A l'autopsie pas de péritonite ni de lésion traumatique du péritoine. Le rein enlevé communiquait par deux ouvertures avec le trajet de la blessure. Le rein droit était altéré et renfermait plusieurs abcès. Cette altération du rein droit fut considérée comme cause de la mort. Les deux uretères étaient perméables.

La relation du troisième cas a été publiée dans le *British Medi-*

cal Journal, 18 mai 1872. L'opération fut faite à Guy's hospital par M. Durham.

La malade, femme de quarante-trois ans éprouvait depuis plusieurs années de vives douleurs dans la région rénale droite, accompagnées des symptômes ordinaires des calculs du rein y compris l'hématurie. Néanmoins elle n'avait jamais rendu de calculs et la sonde n'en avait pas révélé dans la vessie. M. Durham après avoir pris l'avis de ses collègues de l'hôpital pratiqua l'opération suivante : une incision faite sur le bord externe du carré des lombes mit le rein à découvert. On l'explora aussi loin que possible sans l'enlever, et comme il ne présentait rien d'anormal, on ne poussa pas plus loin l'opération.

Pendant quelque temps la malade se trouva soulagée, mais la douleur revint bientôt. La pression l'augmentait beaucoup, aussi fut-il décidé qu'on recommencerait l'opération et qu'on pratiquerait l'ablation du rein.

Une incision faite sur le trajet de la première conduisit jusque sur le rein qui fut enlevé. L'artère, la veine et l'uretère avaient préalablement été assujettis par une forte ligature. L'incision du rein démontra que l'organe était absolument sain. La malade mourut dans la semaine. Rien à l'autopsie ne put expliquer la mort; de plus le rein gauche, la vessie et les uretères n'offraient aucune altération.

Aux trois cas précédents, M. George Peters joint l'observation qui leur est personnelle.

Le malade âgé de trente-six ans présentait depuis le mois d'octobre 1870 les symptômes d'une affection des voies urinaires. Il avait des douleurs lombaires, des urines purulentes parfois marquées de stries sanguines. Souvent dans son lit il se réveillait en proie à des douleurs très-vives et le décubitus latéral était impossible. On l'avait traité successivement pour un rétrécissement, une cystite, un calcul vésical; le tout sans résultat. En avril 1872 il entrait à l'hôpital.

Le cathétérisme ne révéla rien du côté de la vessie et de l'urèthre.

Le rein droit formait une tumeur considérable dont le diamètre transversal mesurait quatre pouces et le vertical l'espace qui sépare la douzième côte de la crête iliaque. La tumeur s'avançait en avant jusqu'à un pouce et demi de l'épine iliaque antérieure et supérieure. C'est au niveau du siége présumé du bassinet qu'elle présentait son plus grand volume.

On sentait distinctement en ce point une fluctuation profonde.

Une ponction exploratrice fut faite avec l'aspirateur Dieulafoy. Il s'écoula rapidement trois onces d'un pus clair; puis l'écoulement se suspendit brusquement. En déplaçant la sonde on eut pendant quelque temps la sensation d'un calcul, en la retirant on en trouva les yeux bouchés par de petites masses de matière granuleuse que l'on prit pour des fragments de calculs.

Le diagnostic de pyélite calculeuse paraissant certain, on décida de pratiquer la néphrotomie.

Une incision verticale s'étendant de la crête iliaque à la douzième côte fut pratiquée sur le bord externe du carré des lombes. Le rein mis à découvert on ne put trouver le bassinet; qui contrairement aux prévisions n'était nullement distendu. La surface du rein présentait plusieurs points fluctuants. L'un d'eux fut ponctionné ; il s'en écoula un peu de pus, mais l'exploration à la sonde et au doigt après agrandissement préalable de la plaie ne fit reconnaître aucun calcul.

Par suite de ces diverses manœuvres le rein avait tant souffert qu'on résolut de l'extirper. Une forte ligature en soie fut placée sur le pédicule qui était dense et induré et le rein fut malgré son volume enlevé sans difficulté. On ferma la plaie par six points de suture profonde.

L'opération avait duré près de deux heures et demie; le malade était considérablement affaibli.

Au bout de trois jours il mourut, s'éteignant d'une manière lente et graduelle.

Dans le rein enlevé on ne trouva aucun calcul. Les pyramides en partie détruites étaient remplacées par de vastes cavités dont les parois inégales étaient tapissées de matière caséeuse. La substance corticale avait peu souffert. A l'autopsie faite six heures après la mort on trouva le péritoine intact, sauf sur le trajet de l'uretère droit, où il était induré sans trace d'inflammation récente. Le rein gauche était normal.

La muqueuse de l'uretère droit et celle de la vésicule séminale correspondante étaient infiltrées de matière caséeuse; la vessie était contractée et vide. On ne trouva nulle part de calcul; par une bizarre coïncidence l'aspirateur avait rencontré la seule concrétion qu'il y eut dans le rein.

H. DANLOS.

Stone in the kidney; nephrotomy (Calculs rénaux; néphrotomie), par le Dr W.-W. DAWSON. (*Cincinnati academy of med.*, 26 *oct.* 1872. — *The amer. Journ. of the med. sc.*, *janv.*, *p.* 279, *et New-York*, *Med. Journ.*, *janv.*, *p.* 35.)

Le sujet est une femme de 50 ans, qui avait eu une violente hématurie il y a huit ans. — Cet accident se renouvela cinq ans après. Depuis, elle eut des hématuries assez fréquentes. Enfin, il y a deux ou trois ans, la région lombaire gauche devint le siége d'une tuméfaction de plus en plus marquée et douloureuse.

Le 19 octobre 1872, ponction aspiratrice donnant issue à une pinte de pus.

Le 24 octobre, anesthésie par le chloroforme. L'incision couche par couche dans la région lombaire, conduit dans une vaste poche pleine de pus, de laquelle on extrait un calcul de phosphate ammoniaco-magnésien, d'un pouce de long sur un demi-pouce d'épaisseur, et présentant des irrégularités correspondant aux calices. Après introduction d'un tube à drainage on sutura la plaie.

Puis survint de la pyhémie, et la malade mourut le cinquième jour après l'opération. — L'autopsie ne put être pratiquée.

On trouve encore dans l'*American Journal* l'indication des faits suivants :

— Docteur Paslee (*On ovarian tumours*, New-York, 1872, p. 158). Tumeur du rein prise pour une tumeur de l'ovaire, — ablation. Mort 55 heures après, avril 1868.

— Docteur Schetelig. (*Archiv. für Gynækol.*) : Kyste de l'ovaire supposé, — gastrotomie, — hydronéphrose énorme, — extirpation, — mort le lendemain, — à l'autopsie absence du rein gauche.

— Docteur J. Gilmore, de Mobile, Alabama, (*Am. Journ. of obstetrics may* 1871). Négresse de trente-trois ans, enceinte de cinq mois, — tumeur indéterminée, très-douloureuse de la région lombaire gauche. Le docteur Gilmore va à la recherche, rencontre un rein atrophié, l'extirpe. La malade guérit sans avoir avorté.

— Docteur Meadows, de Londres (*Brit. med. Journ.*, *july* 8 *and* 15 *med. news*, 1871).

Kyste de l'ovaire supposé. A l'ouverture de l'abdomen on découvre un kyste du rein, — extirpation, — mort d'hémorrhagie par le pédicule, le sixième jour. CH. PÉRIER.

Des rétrécissements du rectum. Appréciation des diverses méthodes thérapeutiques, par le Dr C.-E.-A. PINGUET. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1873, *in*-4°, 67 *pages*.)

Après avoir rappelé brièvement les opinions émises sur la nature des rétrécissements du rectum, l'auteur cite les complications que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer. Outre les condylomes, les gerçures à l'anus, la contraction spasmodique du sphincter, les hémorroïdes, la constipation, la diarrhée, la cessation des règles chez la femme, il mentionne la *fièvre intermittente* observée par Costallat et l'*esthiomène de la vulve* signalée par Huguier.

Les ulcérations étendues de la muqueuse rectale au-dessus du rétrécissement, les plegmons péri-rectaux, les abcès, les fistules s'ouvrant au-dessus ou au-dessous du rétrécissement et quelquefois faisant communiquer le rectum avec le vagin ou la vessie, sont des complications communes. La *péritonite spontanée* est également une complication fréquente. La péritonite est même parfois le résultat des tentatives thérapeutiques.

La *phthisie pulmonaire* observée par Costallat, MM. Gosselin, Lancereaux, Trélat et Verneuil pourrait être considérée comme un résultat des troubles fonctionnels qui dépendent du rétrécissement.

Les principaux moyens chirurgicaux employés pour remédier aux rétrécissements du rectum sont : la dilatation, la cautérisation, l'incision, l'extirpation.

La *dilatation lente* et progressive ne paraît pas susceptible d'amener une guérison définitive. Elle procure des améliorations passagères; mais elle a souvent donné lieu à des accidents. Un des moins sérieux est la rétention d'urine. On a observé des complications graves et même mortelles à la suite de ce mode de traitement.

La *dilatation brusque* n'est applicable qu'aux rétrécissements valvulaires ou aux contractures anciennes simulant un rétrécissement. Dans les autres cas, qu'on la pratique avec les pouces ou avec les instruments spéciaux, *elle est dangereuse*. Elle a eu des suites mortelles entre les mains de MM. Verneuil, Trélat et Ledentu. Une malade de M. Lannelongue a succombé après une *simple exploration avec le doigt* d'un rétrécissement fibreux.

La *cautérisation* paraît devoir être rejetée. Elle peut donner lieu

à des accidents et est le plus souvent inefficace. On l'a associée à la dilatation.

L'*incision* ou rectotomie comprend plusieurs procédés. La *rectotomie interne* offre plus d'inconvénients que d'avantages et n'est pas exempte de dangers.

La *rectotomie externe* récemment préconisée par M. Panas, consiste à diviser le sphincter dans toute son épaisseur, en même temps que le rétrécissement. Elle a donné des succès. Les observations de Staffort, de M. Nélaton et de M. Panas sont assez favorables à ce procédé.

La *rectotomie linéaire*, pratiquée à l'aide de l'écraseur est le procédé auquel l'auteur donne la préférence, se fondant sur les résultats avantageux qu'en a retirés, dans sept cas, M. Verneuil. Le plus souvent, pour placer la chaîne de l'écraseur, on se sert des trajets fistuleux qui existent; s'il n'en existe pas, on fait la section sur la ligne médiane, en arrière. M. Verneuil n'a eu aucun accident imputable à l'opération, dans les sept cas très-compliqués pour lesquels il a pratiqué l'écrasement linéaire. Les observations déjà communiquées à la *Société de Chirurgie* sont reproduites dans cette thèse.

L'*extirpation* autrefois pratiquée par Lisfranc est une opération trop dangereuse pour qu'on puisse la conseiller aujourd'hui.

L'établissement d'un *anus artificiel* est une ressource extrême et seulement palliative à laquelle cependant on a eu quelquefois recours. L'extirpation serait encore préférable.

E. DELENS.

De la trachéotomie par le galvano-cautère, par M. Ém. BOURDON, interne des hôpitaux. (*Arch. méd., janvier*, 1873.)

Depuis la récente communication de M. le professeur Verneuil à l'Académie de médecine, le 23 avril 1872, sur la trachéotomie par le galvano-cautère, cette opération a été pratiquée quatre fois par M. Verneuil et une fois par l'auteur de ce mémoire. Dans un cas, l'opération faite chez une femme atteinte de tétanos, à la suite de l'extirpation du sein, fut suivie de la guérison; dans un autre, celle-ci fut encore obtenue chez un malade atteint d'œdème de la glotte.

L'opération comprend trois temps : 1° l'incision de la peau et des parties molles; 2° l'incision de la trachée; 3° l'introduction de la canule.

Le premier temps s'exécute aussi rapidement qu'avec le bistouri, c'est le seul temps un peu douloureux de l'opération; il faut avoir bien soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane et, chez les enfants, il faut faire cette incision avec beaucoup de légèreté de main

parce qu'on risquerait d'entrer de suite dans la trachée et même de cautériser la paroi postérieure. Excepté dans un cas, ce premier temps s'est accompli sans écoulement sanguin.

Le second est des plus faciles. Pour ouvrir la trachée, on traverse d'abord le premier espace intercartilagineux, puis on divise les anneaux et les espaces suivants de haut en bas et non de dehors en dedans, ce qui constituerait une perte de temps ; au moment où la trachée est ouverte, on fera bien d'incliner légèrement l'anse galvanique, afin que son extrémité n'aille pas toucher la paroi postérieure du conduit ; cette ouverture se fait sans hémorrhagies et n'est pas suivie des quintes de toux, qui expulsent, dans les trachéotomies faites par les procédés ordinaires, les mucosités et une certaine quantité de sang introduites par l'opération dans le canal aérien ; elle se fait donc sans bruit, sans ce sifflement, ce glouglou qui, d'ordinaire, avertit le chirurgien qu'il a pénétré dans la trachée. Cette remarque est extrêmement importante pour l'opérateur qui, pratiquant pour la première fois cette opération et n'étant pas prévenu de cette particularité, continuerait toujours à se servir du couteau galvanique et pourrait toucher la paroi postérieure. Si l'ouverture n'était pas d'emblée assez grande, ou si l'on se trouvait en présence d'une ossification des cartilages, il faudrait se servir du bistouri et arrêter les hémorrhagies qui pourraient se produire par des attouchements avec le galvanocautère.

Le troisième temps (introduction de la canule) est, par ce procédé, des plus faciles, puisque la plaie des parties molles est sèche et béante, celle de la trachée visible et tangible.

La durée de l'opération, chez un adulte, est de trois à quatre minutes, quand on la fait lentement ; elle est moindre chez les enfants et les sujets très-jeunes. Ce procédé a l'immense avantage pour l'opéré, comme pour l'opérateur, de supprimer tout écoulement sanguin ; il devra être employé surtout chez les adultes où les hémorrhagies sont plus à redouter que chez les enfants. Aussi, M. Verneuil, à qui revient l'honneur de cette nouvelle application du galvanocautère, l'appelle-t-il un *procédé d'adulte*. M. le docteur Amussat, qui aurait fait cette opération en 1870, aurait employé un procédé entouré de grandes difficultés. Il aurait préalablement compris dans une anse métallique la partie de la trachée (deux centimètres) à ouvrir, et, mettant les deux fils en communication avec une pile, il aurait fait la section des tissus compris dans l'anse. Ce procédé présente deux graves inconvénients : 1° puisque l'anse est cachée, on ne peut pas en régler la température ; 2° si les tissus sont coupés trop rapidement, il peut s'en suivre une hémorrhagie qui s'écoulerait dans la trachée avant la fin de l'opération.

L'opération, par le procédé de M. Verneuil, qui lui appartient donc en propre, a été pratiquée avec succès en Allemagne par le

professeur Voltolini. (Berliner klinischen Wochenschrift, 1872, n° 41.)

HENRI HUCHARD.

Records of operative surgery (Notes de chirurgie opératoire), par William STOKES. (*The Dublin journal of med. sc., décembre* 1872.)

1° *Amputation sus-condylienne de la cuisse.* La section de l'os est faite au-dessus des condyles et non dans les condyles (de 1/2 à 3/4 de pouce au-dessus du bord antéro-supérieur du cartilage d'encroûtement). Il est important, dans tous les cas, d'enlever la surface cartilagineuse de la rotule : lambeau antérieur ovale, lambeau postérieur plus long de 1/3. Cette méthode d'amputation réunit les avantages des méthodes circulaire et à lambeaux sans en avoir les inconvénients. D'après Weelhouse, elle est supérieure à toutes les autres méthodes d'amputation de cuisse connues jusqu'ici.

2° *Modification apportée par Smith à l'opération de Hey pour l'amputation du pied.* On commence l'incision un peu en avant (3/4 de pouce) de la base du cinquième métatarsien, et on la prolonge obliquement vers l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Sur cette incision, vers son milieu, on en fait tomber une seconde, à angle droit, longue de 1 pouce à 1 pouce 1/4. Les lèvres de l'incision sont, de chaque côté, disséquées jusqu'aux os, et ceux-ci sont alors, avec une pince ou une petite scie, divisés au voisinage des articulations. Le lambeau destiné à recouvrir les surfaces osseuses doit être pris entièrement à la plante du pied.

Cette opération est surtout indiquée dans les cas de lésions des phalanges ou de l'extrémité antérieure des métatarsiens. Elle présente sur les autres amputations partielles du pied (dites de Hey, de Lisfranc, de Chopart) un avantage considérable : en effet, les trois points de sustentation de la plante du pied sont conservés, tandis que par les autres procédés, le pied ne repose plus que sur le calcanéum.

L'auteur cite deux observations suivies d'un plein succès.

3° *Un cas d'amputation de cuisse par le procédé de Teale.*

4° *Anévrysme poplité, traité par le presse-artère de O'Reilly.* Au bout de quatre jours l'appareil est enlevé, la guérison est parfaite.

5° *Anévrysme fémoro-poplité*, traité par la *ligature temporaire de l'artère fémorale.*

La compression avec les compresseurs de Read et de Cartes n'ayant pu être supportée par le malade, on passa autour de l'artère fémorale un fil d'argent qui fut serré sur un clamp de Porter. La circulation était ainsi complétement interrompue dans la tumeur; mais le fil ayant été enlevé cinquante heures après, les battements

réparurent. La compression digitale échoua; on fit ensuite l'amputation de la cuisse, et le malade mourut d'infection purulente.

A l'autopsie, en examinant l'artère sur laquelle avait porté la compression, on put constater qu'elle ne présentait aucune altération. Ce fait démontre donc qu'on peut appliquer un fil métallique sur une artère pendant un temps assez long (cinquante heures) sans déterminer de lésion du vaisseau (compar. Delbarre, *th de Paris*, 1870).

6° *Trachéotomie* pratiquée à deux reprises chez un malade syphilitique, et les deux fois avec succès.

7° *Trépanation* (abcès entre la dure-mère et le crâne).

8° *Bec-de-lièvre* (deux cas), opérés.

9° *Absence de la partie inférieure du rectum*. Opération le quatrième jour. Guérison.

10° *Rhinoplastie* (modification du procédé de Syme).

11° *Cheiloplastie* (procédé de Zeis).

12° *Tableau statistique de cent trente-sept opérations* chirurgicales pratiquées par Stokes, à l'hôpital de Richmond, du mois de janvier 1870 au mois de décembre 1871.

A. SEVESTRE.

Lessons from surgical pratice, by Will. RICHARDSON. (*The Dublin journal of medical science, janvier* 1873.)

Cette communication contient quatre observations dont l'étude a suggéré à l'auteur les réflexions cliniques les plus intéressantes :

La première se rapporte à une fistule entéro-vésicale survenue dans le conditions suivantes :

Homme âgé de 66 ans, qui depuis quatorze ans était sujet à des constipations périodiques, et à la suite desquelles il se formait au-dessus du colon une tumeur du volume d'une orange, qui disparaissait après l'administration de lavements.

Le rétrécissement intestinal qui en était la cause augmenta petit à petit, et le malade finit par présenter les symptômes d'un étranglement interne.

En août 1871, on put sentir une tumeur située entre la vessie et l'intestin induré.

Le 27 septembre, il y eut issue d'air par le canal de l'urèthre, ce qui fit penser à une communication entre l'intestin et la vessie. — L'urine examinée contenait, entre autres choses, des fibres musculaires striées, dont les unes intactes, et les autres à moitié digérées.

Le malade mourut le 25 octobre.

A l'autopsie, on trouva que le quart inférieur du colon était excessivement rétréci, et après avoir traversé une masse noire, fétide, il présentait une ulcération qui s'ouvrait dans un canal de un pouce de longueur; celui-ci se terminait dans la vessie.

L'auteur rappelle à ce propos un cas de fistule recto-vésicale présenté par Banks à la société pathologique de Dublin. Quant à

la communication du colon avec la vessie, il n'en connaît pas d'exemple. Cruveilhier dit cependant que la soudure entre l'intestin grêle et la vessie n'est pas rare.

La tumeur qui entourait l'intestin est considérée par Richardson comme un cancer dont il fixe le début vers la fin de 1870. Cette opinion, fort gratuite, aurait pris un caractère sérieux, si l'analyse microscopique en avait été faite; mais il n'en est pas question.

Le titre de la seconde observation en résume les points intéressants :

Hernie scrotale directe, avec trois sortes de sacs, *primaires*, *secondaires* et *tertiaires*. Plusieurs pouces de l'intestin hernié étaient suspendus dans le sac par des bandes d'épiploon qui se terminaient par une masse épaissie présentant le volume d'une noix; de celle-ci partaient 31 bandes secondaires en éventail qui s'inséraient sur le bord de l'intestin opposé au bord d'insertion du mésentère.

Il est à remarquer, dans cette observation, le volume énorme d'une hernie inguinale directe, que Cooper et Lawrence n'ont jamais vu; la position du testicule, en avant et en haut du scrotum, qui, d'après Erichsen, ne se rencontrerait jamais; l'inversion de l'épiploon, dont le bord inférieur était tourné en haut; l'absence de véritable étranglement; la disposition du péritoine en bandes ou lanières, et enfin, l'existence des sacs tertiaires, que Cloquet avait déjà signalés. Les considérations auxquelles l'auteur se livre à ce propos ne sont qu'une répétition du travail si connu de ce dernier auteur.

Dans un troisième chapitre, Richardson se plaint de ce que les chirurgiens ont négligé l'opération proposée par Colles pour la guérison des rétrécissements de l'orifice uréthral (1). Il insiste sur l'inefficacité des autres procédés (dilatation, divulsion), et rappelle les succès obtenus par Weber, Ricord, Williams, etc., grâce à l'opération de Colles. Une observation originale est le dernier argument qu'il invoque en sa faveur. C'est l'histoire d'un individu de 32 ans, atteint de rétrécissement du méat, suite d'un chancre, et auquel il pratiqua l'opération en question. Peu de jours après, le malade retourna chez lui. Un an après on incisa le rétrécissement qui s'étendait un pouce en arrière, et le succès fut si complet que l'opération ne laissa pas de traces apparentes.

L'auteur insiste, enfin, sur l'origine de cette opération, qui a été attribuée, en France, à Ricord. Celui-ci l'a appliquée, le premier, au rétrécissement consécutif à l'amputation du pénis, et Weber au rétrécissement congénital; mais ces tentatives, faites en 1855 (2), sont postérieures au travail du chirurgien anglais.

Le dernier malade était une femme âgée de 35 ans, atteinte de tumeur à la

(1) *Practical observations on the venereal Disease*, by Abraham Colles; London, 1837, p. 95.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1855.

partie inférieure de la région temporale droite, présentant une ulcération par où s'échappaient des fongosités. Pas de ganglions. Cette tumeur, très-mobile, a mis cinq ans à se développer.

Opérée en septembre 1873, et à la fin de novembre, la plaie était complétement cicatrisée.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée d'un mélange de cancer et d'enchondrome. On y trouva une cellule cancéreuse entourée de capsules, ce qui fait croire au chirurgien qu'il s'agissait d'un enchondrome auquel s'était surajouté un cancer; il y avait, de plus, de la dégénérescence graisseuse.

MARCANO.

TRAVAUX A CONSULTER.

Anesthésiques.

On methylene ether or ethyl, par Benjamin W. RICHARDSON. (*Med. Times and Gaz.*, 15 *févr.* 1873, *I, p.* 164.)

Dans le premier numéro de cette *Revue*, page 401, on trouvera l'indication de ce nouvel anesthésique que Richardson a fait connaître dans le *Med. Times and Gaz.*, 23 nov. 1872.

Le mélange de bichlorure de méthylène et d'éther qui le constitue donnerait lieu à un *composé défini*, d'après les expériences que M. Robbins a faites sur la demande de Richardson. Le Dr Archbold est arrivé, de son côté, au même résultat.

Le corps, qui se forme dans ces circonstances, a la densité de l'eau (1,000); il commence à bouillir à 32°,2 centigr. Il ne renferme pas d'oxygène et est beaucoup moins irritant que le chloroforme ou le bichlorure de méthylène, quand on l'applique sur la peau.

Son action est très-rapide. Quatre à huit grammes suffisent pour produire en une minute et demie ou deux minutes, une insensibilité suffisante pour une opération de peu de durée. Le sommeil qu'il procure est paisible. Le Dr Lawson Tait a administré trente-trois fois le *methylene ether* pour de longues opérations et n'a eu de vomissements que dans deux cas.

Dans une lettre adressée à l'éditeur du *Med. Times and Gaz.*, (1er mars I. p. 535) le Dr Armstrong a contesté les conclusions auxquelles est arrivé le Dr Richardson, relativement à la formation d'un composé défini par le mélange d'éther et de bichlorure de méthylène. Il pense également qu'il ne faut pas appliquer à ce mélange les expressions *methylène éther* ou *éthyl*, qui servent déjà à désigner d'autres composés chimiques.

E. D.

Du meilleur appareil à employer pour l'administration du chloroforme, par M. DEMARQUAY. (*Gaz. des hôpitaux*, 1872, *et Bulletin de thérap. du* 30 *janv.* 1873.)

M. Demarquay se sert d'un appareil composé d'un masque en fil de fer ecouvert de flanelle et qui permet à celle-ci de se placer à une certaine

distance de la bouche du malade. Le chloroforme est versé goutte à goutte sur la flanelle qui recouvre le masque. Pour cela, on se sert d'un appareil en verre semblable ou analogue au flacon laveur employé par les chimistes.

Depuis 1847, époque où Flourens d'abord, puis Simpson firent connaître les effets anesthésiques du chloroforme, on a inventé et proposé une foule d'appareils qui sont tous tombés. Nous craignons bien que celui-ci éprouve le même sort. A. R.

Emploi chirurgical de l'électricité.

Die Tracheotomie mittelst der Galvanokaustik, von Dr P. BRUNS. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 *déc.* 1872, *n*° 53.)

L'auteur revendique d'abord, en faveur de son père, la priorité de ce mode opératoire qu'il aurait appliqué à deux reprises, en 1867 et 1869, à la clinique de Tubingue, mais auquel il renonça ensuite, ne lui trouvant aucun avantage. Son fils conteste, en outre, le pouvoir hémostatique du galvanocautère. (Voir plus haut, p. 971.) J. B.

Ueber chronischen Rachenkatarrh und dessen Heilung durch die Galvanokaustik (Du catarrhe chronique du pharynx, et de sa guérison par la galvanocaustique), von Dr Carl MICHEL, de Cologne. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. II, n*° 2, 20 *décembre* 1872), *p.* 154-164.

Se basant sur 70 succès, mais sans en donner les observations, l'auteur préconise la cautérisation superficielle et transcurrente de la paroi du pharynx, de l'isthme du gosier, des amygdales, au moyen du galvanocautère, comme un remède souverain, amenant une guérison prompte et durable des catarrhes chroniques du pharynx les plus invétérés, quelle que soit leur origine, quelque hypertrophiées qu'en soient la muqueuse et les glandes. H. TH.

Traitement du tétanos par les courants continus, par le Dr Léon LEFORT. (*Soc. de Chir.*, 6 *novembre* 1872 *et Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV, page* 40.)

Dans l'observation rapportée par M. Lefort, les courants firent cesser instantanément les convulsions; tout semblait faire présager une heureuse issue; mais le surlendemain, les accès convulsifs se reproduisirent avec une violence telle que le malade finit par succomber. — Nous ferons remarquer que M. Lefort déclare s'être mieux trouvé de l'application du courant ascendant que du courant descendant; tandis que suivant MM. Onimus et Dubreuil, le courant descendant est préférable dans ce cas. D'ailleurs, MM. Legros et Onimus ont constaté, et nous l'avons vérifié nous-même, ce fait, que les courants descendants arrêtent les con-

vulsions produites par la strychnine, tandis que les courants ascendants ramènent la vie dans l'intoxication par le chloroforme.

A. RABUTEAU.

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice, par le Dr J. CASTIAUX.
(*Thèse de Paris*, 1873.)

Ce titre donne une idée juste du contenu de cette longue thèse qui renferme une description de l'appareil de l'auteur (V. *Gaz. des Hôpitaux*, 1873, n° 6, une clinique de Béhier sur ce sujet) et un grand nombre d'observations.

L'auteur insiste surtout sur l'application de l'aspiration au diagnostic et au traitement des épanchements pleuraux, aigus ou chroniques; il rapporte à ce sujet 42 observations dans lesquelles le trocart capillaire a toujours été utile ou, pour le moins, innocent. C... dit peu de chose de la ponction du péricarde; il donne la ponction capillaire de la vessie comme absolument inoffensive, recommande d'évacuer le liquide des hydarthroses et même celui des bosses sanguines restées fluctuantes, etc.

Il s'arrête davantage sur la ponction de l'intestin étranglé ou non. Je me permettrai de faire remarquer à ce sujet que l'emploi de la ponction aspiratrice dans les hernies étranglées tend à se vulgariser rapidement, sans doute, parce qu'il semble à la portée de tout le monde, et qu'il serait bon de savoir dès aujourd'hui : 1° si la piqûre de l'intestin ne peut pas donner dans certains cas, une quantité de sang suffisante pour enflammer le péritoine; 2° s'il est possible, quand on a vidé une anse intestinale herniée, de l'empêcher de se remplir de gaz, en comprimant son collet; et 3° enfin, s'il existe des signes pouvant faire supposer que l'intestin que l'on va rendre réductible par la ponction est en assez bon état pour être réduit sans danger. L. H. F.

Étude sur le traitement de l'hydarthrose, par le Dr P. CORMIER.
(*Thèse de Paris*, 1873.)

L'auteur semble s'être proposé de réagir contre le sans gêne avec lequel on ponctionne maintenant les articulations. Dans ce but, il démontre d'abord l'efficacité ordinaire du traitement de l'hydarthrose par la compression et les révulsifs ; ensuite, il établit que la ponction, même capillaire, avec aspiration simple ou injection iodée consécutive, doit être réservée aux cas rebelles au traitement ordinaire pour les raisons suivantes :

1° Les ponctions aspiratrices ne sont pas toujours suivies de succès;

2° Elles peuvent amener une arthrite purulente, même dans les cas d'épanchement chronique.

Ces deux propositions sont démontrées par les observations contenues dans la thèse de Cormier. L. H. F.

Résections.

On a new method of excising the elbow-joint in cases of anchylosis (Nouvelle méthode de résection du coude dans les cas d'ankylose), par Thomas ANNANDALE. (*The Lancet*, 21 *déc.* 1872, *II*, *p.* 877.)

Le procédé proposé par Th. Annandale consiste à faire deux incisions de quatre pouces environ de longueur, dont le milieu répond au tiers moyen de l'olécrane, et situées à la partie postérieure de l'articulation du coude. L'interne est parallèle au nerf cubital et un peu en dehors de lui; l'incision externe a la même direction et est pratiquée un peu en dedans de la saillie du condyle de l'humérus. On dissèque les parties molles et on écarte en dedans le nerf cubital avec un crochet; le bistouri doit raser le périoste. On met à nu l'extrémité inférieure de l'humérus sans toucher aux insertions du triceps ni du biceps. On enlève ensuite le bec de l'olécrane; on divise les ligaments et les adhérences fibreuses ou les dépôts osseux de nouvelle formation et l'on résèque avec une scie étroite l'extrémité inférieure de l'humérus, en écartant les parties molles qui sont au-devant de l'articulation.

Dans le cas où l'auteur a employé ce procédé, il a réséqué une petite portion de la tête du radius et enlevé les dépôts osseux qui entouraient l'articulation; il n'a pas essayé de conserver le périoste, et considère la résection sous-périostée comme devant mettre obstacle à la mobilité des surfaces articulaires. S'il y avait ankylose osseuse, il conseille de faire la section avec la scie au niveau de l'articulation et de retrancher ensuite de l'extrémité inférieure de l'humérus ce qu'on jugerait nécessaire. Il faut s'attacher surtout à conserver l'olécrane et l'apophyse coronoïde, si elles ne sont pas malades. E. D.

De la valeur de la résection du genou en temps de guerre, par le Dr CAUSIN. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXIV*, *p.* 158.)

On sait combien sont graves les plaies pénétrantes du genou. La résection est une opération à laquelle il faut recourir (à moins qu'on ne juge l'amputation préférable), lorsque, avec une ouverture de la synoviale, il y a une fragmentation plus ou moins étendue des extrémités osseuses. Mais cette opération, qui est préférable à l'amputation dans la pratique journalière, ne peut être usitée fructueusement dans la chirurgie d'armée. Sous ce rapport, M. Cousin est complétement de l'avis de M. Sédillot.

A. R.

On excision of the knee-joint (Sur la résection du genou), par Richard-G. BUTCHER. (*The Dublin journal of med. sc.*, *november* 1872.)

L'auteur rapporte deux cas de résection du genou suivis de guérison.

Dans le premier il s'agit d'un homme de 26 ans, atteint depuis dix-huit mois d'une arthrite du genou consécutive à un traumatisme. L'état général était très-détérioré, sans que l'examen du cœur et des poumons révélât une

lesion de ces organes. La résection, pratiquée le 24 mai 1865, fut suivie d'une amélioration très-rapide dans l'état général. Au bout de cinq semaines, le membre était solide, et sept semaines après l'opération, il ne s'écoulait plus par la plaie que quelques gouttes de pus de bonne nature. Malheureusement, à cette époque, le malade fut pris d'accidents thoraciques et succomba rapidement à une phthisie aiguë.

L'autopsie permit de constater que les deux os étaient réunis solidement par une substance cartilagineuse, et dans une direction rectiligne.

Le second cas est celui d'un homme opéré en 1854, à l'âge de 43 ans, pour une affection incurable du genou. L'amélioration de l'état général à la suite de la résection avait été très-rapide et les os s'étaient trouvés réunis par une cicatrice solide, de sorte que le membre avait conservé sa symétrie et ses fonctions. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 18 ans, la guérison ne s'est pas démentie.

Ce résultat, dit l'auteur, sera généralement obtenu, à la condition de se conformer aux préceptes suivants :

1° Il faut choisir ses cas ; si la lésion s'étend à une certaine distance des surfaces articulaires, l'amputation doit être préférée. — Du reste l'amputation, pourrait toujours être pratiquée quelques jours après la résection, si elle devenait indispensable. — Sur sept cas d'amputation, Butcher a obtenu six guérisons ;

2° Sans insister sur les détails de l'opération, rappelons seulement les points principaux : on doit donner la préférence à l'insision en H... — La rotule doit toujours être enlevée, qu'elle soit ou non malade. — Les surfaces osseuses doivent être exactement affrontées, et l'on doit avoir soin de vérifier s'il n'y a point de parties molles interposées.

3° En ce qui concerne les soins consécutifs, le membre ne doit point être déplacé dans les premiers jours (5 ou 6 en général). — Les pansements doivent être faits avec beaucoup de soin. — Lorsqu'il y a de vastes collections purulentes au voisinage de la plaie, on obtiendra d'excellents résultats de l'emploi des tubes à drainage de Chassaignac. Enfin, dans tous les cas, on doit donner aux opérés, à haute dose, les stimulants et les sédatifs. A. S.

On excision of the upper jaw, along with an enormous fibro-sarcomatous tumour, which springing from the base of the skull, passed forwards, causing extensive absorption of the osseous structures surrounding it (Résection du maxillaire supérieur pour une énorme tumeur fibro-sarcomateuse, naissant de la base du crâne et ayant proéminé en avant, en déterminant une résorption considérable des os voisins), par William STOKES. (*The medic. Press and Circul.*, 18 *déc.* 1872, *p.* 523.)

Cette tumeur siégeait à droite, chez un laboureur de 58 ans. Elle avait débuté environ dix-huit ans auparavant, à la mâchoire supérieure, à la suite de la fracture de deux dents, survenue dans une tentative d'extraction. Elle conserva le volume d'un œuf de pigeon jusqu'à ces derniers temps, puis elle prit un développement très-rapide et acquit le volume que représente le dessin joint à l'observation.

Les caractères de la tumeur n'étaient pas, cependant, ceux d'une tumeur maligne ; on diagnostiqua un *fibro-sarcome* et la résection du maxillaire supérieur fut pratiquée le 6 novembre 1872. William Stokes reconnut que la

tumeur se prolongeait beaucoup en arrière et qu'elle prenait « *son origine apparente au niveau du corps du sphénoïde.* »

L'opéré a guéri rapidement. L'examen microscopique de la tumeur enlevée a confirmé le diagnostic.

Nous avons résumé très-brièvement cette observation qui soulève une question intéressante, à savoir la véritable implantation de la tumeur. Elle ne nous semble pas suffisamment établie par ce fait que, pendant l'opération on a constaté ses connexions avec le corps du sphénoïde. On sait que les polypes naso-pharyngiens naissent généralement au voisinage de ce point; mais l'*âge* du malade, la *marche* de la tumeur, son *peu de vascularité*, doivent faire rejeter l'idée d'une tumeur de ce genre. Il paraît plus probable qu'elle a réellement pris naissance au niveau des alvéoles des deux dents fracturées. C'est en ce point qu'elle a existé pendant dix-huit ans, ne présentant qu'un faible volume, et W. Stokes a eu raison de ne rien affirmer en disant qu'elle prenait son origine *apparente* au niveau du corps du sphénoïde. E. D.

Amputation at the Hip-joint, by CAROTHERS of Saltillo, Mexico. (*The American journal of the medical sciences*, 1873, *n°* 129, *p.* 92, 99.)

Enfant de 14 ans, ayant eu la partie supérieure du fémur gauche brisée comminutivement par une balle conique, le 5 décembre 1871. Dans la nuit du 12 au 13, hémorrhagie secondaire, grave. — Le 15, on pratique l'amputation au niveau de la fracture, mais l'opérateur s'apercevant que la capsule articulaire a été ouverte par la fracture, excise le fragment supérieur tout entier, transformant ainsi son opération en une désarticulation. Un mois après, le 15 janvier, le malade se levait avec des béquilles.

Comme conditions du succès, il faut noter l'âge, puis l'isolement, le malade ayant été traité dans une maison particulière ; on avait usé largement des stimulants et de l'alimentation.

Enfin les pansements avaient été faits avec la solution de choral. Une once pour quatre onces d'eau. L'auteur attache une grande importance à ce pansement, cependant il lui a substitué le pansement phéniqué, dès le 24 décembre, c'est-à-dire le neuvième jour. CH. PÉRIER.

Excision of the knee (Résection du genou). Dr John ASHHURST. Transactions of the college of physicians of Philadelphia. (*The American journal of the med. sc.*, 1873, *n°* 129, *p.* 133.)

Enfant de 11 ans, opérée à 10 ans pour une tumeur blanche ancienne. Simple incision transverse, excision des condyles, de la rotule et de la surface articulaire du tibia. Guérison complète au bout de cinq mois. Marche avec claudication, mais sans appui. Raccourcissement d'un pouce trois quarts. L'observation est accompagnée de deux figures d'après photographies. CH. P.

Observation de greffes épidermiques sur un chancre syphilitique, par le Dr Achille DRON, chirurgien en chef de l'Antiquaille. (*Lyon méd., n° 26, 22 déc. 1872, p. 603.*)

Les greffes longues de 10 mill. sur 2 de large intéressaient un peu le corps papillaire : elles étaient adhérentes le 2me jour et proliféraient le 4me. La cicatrisation du chancre qui mesurait 6 cent. sur 4 fut rapide.

J. C.

Ueber Anheilung transplantirter Hautstücke (De l'adhésion des lambeaux de peaux greffés), par le Dr Albert THIERFELDER, de Leipzig. (Avec une planche. (*Archiv der Heilkunde,* 1872, 6e *livr.*)

L'examen microscopique a démontré à l'auteur que les vaisseaux des deux surfaces juxtaposées ne contractent pas d'abouchement. La circulation s'établit par néoformation vasculaire; ce fait a été constaté par plusieurs observateurs, notamment Kunitz, dans deux cas cités en détail, et le Dr Weiss de Tubingue (Ueber Transplantation gænzlich abgetrennter Hautstücke).

KLEIN.

Contribution à l'histoire de l'œsophagotomie interne, par le Dr TILLAUX. (*Bull. gén. de thérap., 15 janvier* 1873, *t. LXXXIV, p.* 14.)

M. Tillaux, après avoir traité brièvement du rétrécissement de l'œsophage, rapporte une observation d'œsophagotomie interne suivie de guérison rapide. Dix ans auparavant, cet homme croyant boire un verre d'eau-de-vie, avait avalé, par mégarde, une liqueur caustique dont il n'a pu préciser la nature. Depuis cette époque, il était condamné à ne vivre que d'aliments liquides; « il ne pouvait avaler la plus petite lentille. » Le rétrécissement siégeait à l'union du pharynx avec l'œsophage. Après des tentatives de cathétérisme, infructueuses lorsqu'il voulait se servir d'olives dépassant une limite déterminée, M. Tillaux recourut à l'œsophagotomie. Il put ensuite répéter le cathétérisme avec des olives de plus en plus grosses. Le malade put mieux se nourrir; les forces et l'embonpoint avaient reparu lorsqu'il quitta l'hôpital, trente-deux jours après la section du rétrécissement.

A. RABUTEAU.

Zur Extraction von Fremdkörpern aus dem Œsophagus (Extraction de corps étrangers de l'Œsophage), par F. TREDNDELENBURG. (*Archiv für klinische Chirurgie, XIVe vol., 3e fascicule, p.* 633.)

L'auteur recommande pour l'exploration de l'œsophage et l'extraction des corps étrangers, surtout quand ceux-ci compliquent un ancien rétrécissement de ce conduit, les cathéters droits et rigides. La pratique des *gyaleurs de sabres* prouve la possibilité de leur introduction; ils auraient sur les instruments flexibles ou courbes le double avantage de

pouvoir être dirigés d'une manière plus sûre dans l'axe même du conduit, et de pouvoir agir dans tous les sens, lors des manœuvres d'extraction. Nous mentionnons seulement une observation contenue dans ce travail, et d'après laquelle T..., aurait pu extraire de l'estomac lui-même une éponge qui avait servi au tamponnement des fosses nasales, et qui y était tombée par la faute du chirurgien. PAUL BERGER.

In-fleshed toe-nail. A new operation for radical relief (Ongle incarné. Nouvelle opération pour la cure radicale), by E. COTTING. (*The Boston med. and surg. journal*, 2 *janv.* 1873, *p.* 5-8.)

« Notre opération consiste dans l'ablation, à l'aide de l'instrument tranchant, et d'un seul coup, de toutes les parties malades, en même temps que d'une large portion des tissus sains, de l'épaisseur de la peau, sur le côté de l'orteil ; parfois on fait ainsi une plaie ouverte de près d'un pouce de long sur un demi-pouce ou trois quarts de pouce de large.» Il n'est pas nécessaire d'intéresser l'ongle, mais si quelque portion était comprise dans la section cela n'aurait aucun inconvénient.

Pansement simple.

Ce travail est l'objet d'une réclamation de priorité de la part du docteur Moses Gunn. (Même recueil, n° 5, p. 122.) CH. P.

Remarkable case of disarticulation of inferior cornue of thyroïd cartilage, by Edgar HOLDEN, of New-York. (*The American journ. of the med. sc.*, 1873, *n°* 129, *p.* 129-131.)

Un homme de 52 ans, étant en état d'ivresse, reçut dans la région du cou un coup, à la suite duquel il fut pris de suffocation, de perte de sang par la bouche, puis de dysphagie et enfin d'aphonie.

L'examen laryngoscopique fut fait le vingt-cinquième jour. Les parties visibles étaient le siége d'une congestion inflammatoire intense. L'épiglotte était horizontale, le cartilage arythénoïde du côté droit était porté en haut et en dedans ; pendant la phonation, la corde vocale ne se portait que lentement vers la ligne médiane, et dès que l'effort cessait, les deux cordes vocales retombaient inertes. Il y avait une anesthésie presque complète du larynx. En arrière du cartilage arythénoïde, la paroi antérieure de l'œsophage était soulevée ; c'était là probablement la cause de la dysphagie. Cette partie soulevée était baignée par un pus épais.

Il n'y avait aucun signe de fracture. A l'examen extérieur, les cartilages paraissaient avoir leur position normale ; cependant le malade attira l'attention sur une saillie douloureuse à la pression, dans certaines positions de la tête, et qui n'était autre chose que la corne inférieure du cartilage thyroïde luxée. A droite, lorsque la tête était portée en arrière, le cartilage cricoïde paraissait remonter sous le thyroïde.

Lorsque la tête était fortement inclinée du côté sain, le malade recouvrait la voix.

Les tentatives de réduction ayant été infructueuses, le chirurgien proposa la section sous-cutanée du muscle crico-thyroïdien ; le malade refusa et fut perdu de vue. CH. PÉRIER.

---

vésicale, par le Dr CHWAT, de Varsovie. (*Allgemein Wieneer medizinische Zeitung*, 1872, *n*° 48.)

Cet instrument se compose d'une sonde à petite courbure dont l'extrémité introduite dans la vessie est ouverte et peut être bouchée complétement par un renflement olivaire du mandrin. Près de l'extrémité extérieure de la sonde s'ouvre perpendiculairement un petit conduit auquel on adapte le tube de l'irrigateur. Une fois la sonde introduite, on retire le mandrin et, en bouchant avec le doigt l'orifice extérieur, on injecte de l'eau tiède par le conduit latéral. Quand la vessie est convenablement distendue, on laisse écouler le liquide par la sonde en bouchant le conduit latéral. Si les contractions de la vessie sont trop faibles pour expulser le liquide, il suffit d'adapter à la sonde un tube en caoutchouc faisant office du siphon. TH. KLEIN.

Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie, par Mr RELIQUET. (*Soc. de Méd.*, 1872, *Gaz. des hôpitaux*, 1873, *n*os 4 *et suiv.*)

Il s'agit surtout de graviers et de larges et minces concrétions que les instruments ne peuvent saisir. Pour les premiers, l'irrigation continue d'eau simple ou médicamenteuse peut les détacher et les entraîner ; pour les secondes, il faut, par des courants électriques constants, diminuer la sensibilité de la vessie, et alors que celle-ci est devenue tolérante, la dilater fortement par une injection : les plaques se détachent en craquelant et peuvent ensuite être entraînées par l'irrigation. L. H. F.

Fortgesetzter Bericht über neue Fälle von Blasensteinzertrümmerung (Continuation du rapport sur de nouveaux cas de fragmentation de calculs vésicaux), par le Dr STILLING de Kassel. (*Deutsche Klinik*, 1868, *n*° 43; 1873, *n*os 4 *et seq.*)

Voici le résumé de quelques-unes de ces observations :

Grand calcul vésical de consistance médiocre, avec hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Miction impossible sans cathétérisme ; maladie très-ancienne. L'écrasement du calcul est fait en treize séances et l'évacuation des fragments a lieu au moyen de la lithocenose. Guérison complète en cinq semaines.

Calculs multiples de date récente. Après la première opération de lithotripsie, refroidissement suivi d'une violente néphrite qui amène la mort au bout de douze jours.

En général, l'écrasement des calculs a été fait successivement en plusieurs séances, et, sauf des complications imprévues, la guérison eut lieu. KLEIN.

Three unusual cases of lithotomy (Trois cas insolites de taille), par W.-H. FOLKER. (*The Lancet*, 18 *janv.* 1873, *I*, *p.* 85.)

Observation I. Une femme mariée, de 27 ans, souffrait depuis longtemps et croyait avoir une affection utérine. Elle avait eu un enfant un an aupara-

vant. Depuis quelque temps les douleurs étaient intolérables. Elle perdait souvent du sang et éprouvait quelquefois des difficultés à uriner. D'autre par, depuis longtemps elle ne pouvait retenir son urine.

Le Dr Folker reconnut un calcul assez volumineux.

L'urèthre n'ayant pu être suffisamment dilaté pour extraire le calcul, fut incisé (*l'auteur ne dit pas dans quelle direction*) pendant que la malade était chloroformée. Le calcul, composé principalement de phosphates, était à peu près circulaire, un peu aplati. Il avait environ cinq centimètres de diamètre.

La malade, fort indocile, ne voulut pas garder de sonde dans l'urèthre et sortit de l'hôpital *avec une fistule vésico-vaginale.*

Observation II. Petit garçon atteint de la pierre, opéré par la méthode latérale. Le calcul extrait était ovale et pesait environ 72 grammes. Au bout de huit jours, l'urine s'écoulait par l'urèthre, cependant la guérison ne fut complète que lorsqu'un petit calcul engagé dans l'urèthre, à environ un pouce et demi du méat, eut été extrait.

Les premiers symptômes de la pierre remontaient à quatre ans, au dire de la mère de l'enfant.

Observation III. Un laboureur de 23 ans avait, un an avant son entrée à l'hôpital, été violemment pressé entre une charrette et un mur. A la suite de cet accident, il fallut le sonder; mais la sonde en gomme (*n° 3, filière anglaise*) s'échappa dans la vessie et y fut abandonnée. Il n'en résulta d'abord que peu d'inconvénients. Mais, dans les derniers temps, les douleurs devinrent fort vives et le malade ne pouvait plus retenir son urine ni debout, ni couché. Il y avait un grand amaigrissement et une extrême faiblesse ; le pouls était à 120, très-petit.

Une grande incision latérale permit d'extraire une masse oblongue avec la tenette. Cette masse était formée par la sonde repliée sur elle-même et encroûtée de phosphates; les deux extrémités étaient libres. Les dimensions de cette masse étaient de 9 centimètres de longueur sur 6 de largeur et environ 3 d'épaisseur.

L'opéré commença à uriner par l'urèthre le quatrième jour après l'opération, et, trois semaines plus tard, il sortit complétement guéri. E. D.

Lithotomy in a child of one year old HINGSTON (*The Boston med. a. surg. journ.*, 1873, *n°* 5, 30 *janvier*, *p.* 113.)

Le docteur Hingston, de Montréal, rapporte dans le *Canada medical Record* un cas de lithotomie pratiquée avec succès sur un enfant d'un an. La pierre était dure, à peu près du volume d'un gros pois. On suppose qu'elle existait depuis la naissance. CH. P.

On a case in which Allarton's median operation was succesfully performed for the removal of an entire gum-elastic catheter from the bladder, by William STOKES, surgeon to the Richmon Hospital, Dublin. (*The Irish Hospital Gazette*, 1873, *n°* 1, *p.* 1-3.)

Extraction d'une sonde entière munie de son fausset de bois, par l'opération de Allarton, qui n'est qu'une modification de la taille médiane de *Marianus Sanctus.*

Le malade était un homme de 40 ans, traité depuis longtemps pour un rétrécissement et des fistules périnéales ; il se sondait habituellement. Il était en état d'ivresse lorsque la sonde, avec son bouchon, disparut entièrement dans la vessie. — La plaie est restée fistuleuse. CH. P.

Étude pratique sur le traitement des rétentions complètes d'urine causées, soit par des coarctations fibreuses et infranchissables de l'urèthre, soit par des maladies de la prostate, par J. J. CAZENAVE, de Bordeaux, membre correspondant de l'académie de médecine de Paris. *(Bordeaux médical, nos du 22 et 29 décembre 1872.)*

L'auteur, à la fin de ce court travail, arrive aux conclusions suivantes que nous résumons :

1° Dans les rétentions d'urine, les procédés de cathétérisme de Civiale de Leroy d'Etiolles, de Mercier et de Philipps sont dangereux, d'une exécution difficile et ne donnent le plus souvent que des résultats négatifs.

2° La sonde conique de Boyer et la sonde de Mayor sont inutiles ou dangereuses dans leur emploi ; le cathéter proposé par le docteur Bitot de Bordeaux demande à être manié par une main très-expérimentée.

3° L'uréthrotomie externe est une opération difficile et dangereuse.

4° La ponction périnéale et la boutonnière de ce nom est difficile, dangereuse : La ponction recto-vésicale doit être bannie complètement de la pratique.

5° Seule, la ponction hypogastrique avec des trocarts de mince calibre, ou avec des appareils aspirateurs, doit être pratiquée parcequ'elle rend de réels services. Il faut attendre de nouveaux faits pour savoir si l'expérience sanctionnera la ponction sous-pubienne si ingénieuse recommandée par Voillemier.

6° La glace sera employée avec avantage, comme puissant sédatif.

HENRI HUCHARD.

Clinical remarks on stone in the bladder (Remarques cliniques sur la pierre dans la vessie), par W.-F. TEEVAN. *(Brit. med. journ, 18 janv. 1873, I, p. 60.)*

Trente-cinq malades (23 adultes et 12 jeunes garçons) ont été opérés par Teevan. Il a pratiqué la taille dans 17 cas et la lithotritie dans 15. Deux malades âgés de 66 et 70 ans sont morts, l'un après avoir été taillé, l'autre après avoir subi la lithotritie. Ce dernier, atteint d'une maladie du cœur, mourut subitement en faisant effort pour rendre un fragment de calcul.

L'auteur professe qu' « *il faut pratiquer la taille dans tous les cas, à moins qu'on puisse nettement établir que la lithotritie est indiquée.* » En d'autres termes, c'est la taille qu'il faut choisir dans *tous les cas douteux.* Après avoir rappelé les indications de la lithrotitie, il insiste sur la nécessité de faire les séances aussi courtes que possible. Il fait lever ordinairement ses malades dès le lendemain de l'opération et ne pratique de lavages dans la vessie que lorsqu'il y a absolue nécessité de le faire.

Pour l'opération de la taille, Teevan n'emploie que la *taille latérale*, et incise largement la prostate, contrairement à ce qui se fait généralement en Angleterre. L'infiltration urineuse ne lui semble pas possible, même lorsqu'on dépasse les limites de la prostate, *comme il arrive presque toujours.* Il ne faut pas compter sur la dilatation ultérieure ; l'incision doit être assez grande pour permettre la sortie du calcul. L'examen de

pièces pathologiques nombreuses lui a démontré qu'aucun chirurgien n'a jamais extrait une pierre, à moins qu'elle ne fût très-petite, sans dépasser les limites de la prostate.

A l'appui de cette pratique, qui consiste à faire d'emblée, avec l'instrument tranchant, une incision suffisante pour le passage du calcul, sans se préoccuper des limites de la prostate, Teevan cite une statistique de 349 opérations de taille faites par ses collègues Gutteridge, Brett, Carr Jackson, Vincent Jackson et par lui-même, statistique qui ne donne que *onze* morts, soit une mortalité qui dépasse à peine 3 p. 100. E. D.

Du traitement chirurgical des rétrécissements du rectum), par le Dr L. SIROT. (*Thèse pour le Doctorat, Paris*, 1872, *in*-4°, 32 *pages.*)

Aux causes habituelles des rétrécissements du rectum, l'auteur ajoute, d'après M. Verneuil, la *fissure à l'anus*, et rapporte une observation comme exemple.

La *dilatation*, la *cautérisation électrolytique*, l'*incision* et la *rectotomie linéaire*, à l'aide de l'écraseur, sont rapidement étudiées.

Quatre observations sont données à l'appui de ces différentes méthodes. E. D.

De la chute du rectum et de son traitement, par le Dr Léopold BOUTIÉ. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1873, *in*-4°, 44 *pages.*)

Aux différents traitements de la chute du rectum qu'il passe en revue et décrit dans sa thèse, l'auteur ajoute un mode de cautérisation employé par M. Gaujot, au Val-de-Grâce, et qui a donné de bons résultats dans les deux observations qu'il rapporte.

Ce procédé de cautérisation s'exécute de la manière suivante :

Avec un cautère cultellaire, rougi à blanc, on fait *sur chaque face latérale* de la tumeur une cautérisation *longitudinale* allant du rebord cutané jusqu'au sommet du bourrelet formé par la muqueuse. La cautérisation doit être assez profonde pour détruire le tissu muqueux dans toute son épaisseur et amener une escharre dont la cicatrice doit se faire aux dépens de ce tissu sous-muqueux ; la largeur de l'escharre ne doit pas dépasser l'épaisseur du doigt. Il ne faut jamais cautériser la face de la tumeur qui répond au périnée, pour ne pas provoquer d'inflammation du côté du bulbe ou du col de la vessie. E. D.

Bloslegung und Dehnung des grossen Hüftnerven behufs der Heilung der Ischialgie (Dénudation et tension du grand nerf sciatique pour la guérison de l'ischialgie), par le prof. PATRUBAN, de Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, nos* 44, 45 *et suiv.*, 1872.)

L'auteur, s'appuyant sur une opération heureuse pratiquée par le professeur Nussbaum (Voir plus haut, p. 690) sur le plexus brachial, pour

une paralysie de l'avant-bras et de la main, a opéré de la même façon un malade atteint de sciatique rebelle.

Avant de relater le succès obtenu par cette opération, il s'étend longuement sur les divers traitements employés contre la sciatique.

TH. KLEIN.

Du mal perforant et de son traitement par la compression élastique, par le Dr J. JOLY. (*Thèse de doctorat, Paris, 1872, in-4o, 30 pages.*)

L'application du pansement ouaté compressif de M. Alph. Guérin au traitement du mal perforant du pied a donné plusieurs succès que l'on trouvera consignés dans ce travail. La guérison a été obtenue après avoir réappliqué l'appareil trois ou quatre fois, en le laissant chaque fois de dix jours à trois semaines en place. E. D.

De l'acide phénique contre la pustule maligne, par Valentin VIGNARD, de Sulina (Bouches du Danube). (*Gazette médicale, 21 décembre 1872.*)

Observation de guérison d'une pustule maligne traitée au troisième jour par l'ablation de la couche superficielle de la pustule et l'application locale d'une solution alcoolique concentrée d'acide phénique.

A. J.

Pustule maligne, par le Dr FÉRÉOL. (*Un. méd., Société médicale des hôpitaux. 13 déc. 1872.*)

Quarante-huit heures après le début, M. Féréol excisa la pustule et cautérisa au fer rouge. — Le malade guérit. — Sur une douzaine de cas ainsi traités, deux malades seulement sont morts. « L'insuccès, dit M. Féréol, est dû, dans ces deux cas, à ce que le mal remontait à plus de quarante-huit heures et que l'infection était déjà effectuée. » A. J.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

(*Les travaux pour lesquels la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Handbuch der chirurgischen Praxis für Studirende und Aerzte. Mit 810 Holzschnitten. Zwei Bände complet (Manuel de thérapeutique chirurgicale pour les étudiants et les praticiens, avec 810 gravures sur bois, 2 volumes). Dr V. Bruns. — Tubingue, 1872.

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre (Traité de chirurgie et de médecine opératoire, 6e édition). Bardeleben. — Berlin.

On anesthetics, par W. Alexander. (*Brit. med. Journ.*, 14 déc. 1872, II, p. 652.)

The dangers of chloroform and the safety of ether as a mean of producing insensibility to pain (Valeur comparative de l'éther et du chloroforme comme anesthétiques), par J. Morgan. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1872.)

The relative value of ether and chloroform. The Surgical Soc. of Ireland, 13 déc. 1872. (*Med. Press and Circul.*, 8 janv., p. 22.)

Clinical remarks on chloroform and its administration, par G. Vivian-Poore. (Conclusion.) (*The Lancet*, 14 déc. 1872, II, p. 847.)

A new apparatus for the self-administration of chloroform (Nouvel appareil pour s'administrer soi-même le chloroforme). Med. Soc. of London, 23 déc. 1872. (*Med. Press and Circular*, 15 janv., p. 45.)

A word for chloroform. Lettre de Thos. Whiteside-Hime. (*Med. Press and Circul.*, 5 févr., p. 120.)

On the administration of chloroform, par Henry Marshall. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p, 283.)

Practical observations upon ether as an anesthetic, par Ch. Bell-Taylor. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, II, p. 879.)

Ether as an anesthetic, par Samuel Fielden. (*Brit. med. Journ.*, 18 janv., I, p. 59.)

Administration of ether, par J. Morgan. (*Brit. med. Journ.*, 25 janv., I, p. 103.)

Ether-inhalers. (*Brit. med. Journ.*, 25 janv., I, p. 96.)

Ether-inhalers. W.-E.-C. Nourse.
Id. P. Squire.
The administration of ether, par G. Everitt-Norton.
(*Brit. med. Journ.*, 8 févr., I, p. 155.)

Ether-inhalers (Appareils pour l'inhalation de l'éther). (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., I, p. 172. — *Id.*, p. 200.)

Description of a new double current inhaler for administering ether (Description d'un nouvel appareil à double courant pour l'inhalation de l'éther), par J.-T. Clover. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 283.)

Report of fifty cases of ether administration, par A.-F.-Mc GILL. (*Brit. med. Journ.*, 4 janv., I, p. 9.)

Report on the administration of ether as an anesthetic in hospitals. (*Brit. med. Journ.*, 11 janv., février et mars, I, p. 35, 62-88, 116-142, 227.)

The administration of ether in America. Lettre de M. TOMES de Boston. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 297,)

New anesthetics (Sur les nouveaux anesthésiques). Lettre de George ARCHBOLD. (*The Lancet*, 8 févr., I, p. 224.)

Methylene ether. Lettres du Dr LAWSON-TAIT. (*The Lancet*, 8 févr., I, p. 225; *Brit. med. Journ.*, 8 mars, I, p. 254.)

Methylene ether. Lettre du Dr ARMSTRONG. (*Med. Times and Gaz.*, 1er mars, I, p. 235.)

Das Stickstoffoxydul-Gas als Anestheticum (Le protoxyde d'azote comme anesthésique). GROHNWALD. — Berlin.

Die lokale Anaesthesirung durch Saponin. KŒHLER. — Halle.

The choice of anesthetics. (*Brit. med. Journ.*, 25 janv., I, p. 95.)

Death from anesthetics (De la mort par les anesthésiques), par J.-C. CLOVER. (*Brit. med. Journ.*, 4 janv., I, p. 10,)

Death from chloroform. (*Brit. med. Journ.*, 14 déc. 1872, II, p. 655.)

Chloroform accidents, par Augustin PRICHARD. (*Brit. med. Journ.*, 22 févr., I, p. 194.)

Deaths under chloroform (Morts par le chloroforme). 1° Observation de J.-S. WYMAN. 2° Fait du Dr BARTON. (*Brit. med. Journ.*, 22 févr., I, pp. 205 et 207.)

Chloroform accidents, par John MARSHALL. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 242.)

The death from anesthetics at the West London Hospital (Sur le cas de mort par les anesthésiques à West London Hospital), par J.-C. CLOVER. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 242.)

The death from anesthetics at the West London Hospital (Sur le cas de mort par les anesthésiques à West London Hospital. Lettre de Frank-H. HODGES. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars, I, p. 274.)

Clinical lecture on a case of death in coma after the use of ether; with remarks on the choice of anesthetics (Leçon clinique sur un cas de mort dans le coma après l'administration de l'éther, avec des remarques sur le choix des anesthésiques), par Jonathan HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars, I, p. 247.)

The death under nitrous oxide (Sur le cas de mort par le protoxyde d'azote). (*The Lancet*, 1er févr., 8 févr., I, p. 212.)

Nitrous oxide gas in dentistry (Le protoxyde d'azote dans la chirurgie dentaire). Lettre de George PARKINSON. (*The Lancet*, 8 févr., I, p. 220.)

Carbolic acid dressings (Sur les pansements à l'acide phénique), lettre de John CROSS. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, t. I, p. 303.)

Compound fractures treated in the Glasgow royal infirmary, under the cure

of doctor G. Buchenan. (*The Glasgow med. Jour.*, t. IV, n° 1, *nov.* 1872, p. 113.)

Neuf observations abrégées de fractures compliquées traitées par la méthode antiseptique.

Cases of compound fracture treated antiseptically, under the cure of Dr Dewar.

Dix cas, même recueil, p. 125.

Tumour in the thigh closely resembling aneurism; treatment by antiseptic ligature of the common femoral artery; death sixteen weeks afterwards from gangrene (Tumeur de la cuisse simulant un anévrysme; ligature de la fémorale avec le fil antiseptique; mort au bout de seize semaines par gangrène), par le Dr Jessop. (*The Lancet*, 4 *janv.*, t. I, p. 22.)

Pansement ouaté, réunion par première intention d'un moignon de cuisse, par A. Guérin. (*Soc. de chir.* in *Gaz. des hôpitaux*, n° 7.)

Du mal perforant et de son traitement par la compression élastique, par J. Joly. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Quelques essais d'anaplastie humaine à l'aide de greffes muqueuses empruntées aux joues et à la langue du lapin et du bœuf, par Houzé de l'Aulnoit. (*Bull. méd. du Nord, Lille, janv.*)

Ueber Transplantation völlig getrennter Hautstücke auf Granulationsflächen (Transplantation de lambeaux cutanés complétement détachés, sur des surfaces bourgeonnantes), par le Dr Lesser. (*Berlin. klin. Wochens*, n° 6.)

A case of removal of the whole of the lower lip for epithelioma, with restoration by cheiloplastic operation (Observation d'ablation de la totalité de la lèvre inférieure pour un épithélioma, avec restauration par la chéiloplastie), par John Ewens. (*The Lancet*. 22 *fév.*, t. I, p. 266.)

Étude clinique de l'ulcère variqueux et de ses divers traitements (greffe épidermique, etc.), par A. Picard. (*Thèse de Paris.*)

Ueber die Anwendung der Heberwirkung in der chirurgie (De l'emploi de l'aspiration en chirurgie), par le Dr Ventura. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 41, p. 1024-26, oct. 1872.)

Cases illustrating the use of the pneumatic aspirator, par T. Pridgin Teale. (*Brit. med. Journ.*, 21 *déc.* 1872, t. II, p. 681.)

Hydarthrose du genou droit dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Aspiration. — Guérison sans récidive, par le Dr Douaud. (*Bordeaux médical*, n° 2.)

Kyste hydatique du foie guéri par la ponction à l'aide d'un gros trocart, évacuation immédiate des poches hydatiques par l'aspiration et les lavages, par Clément d'Aigues-Mortes (Rapport de Boinet). (*Soc. de chir.* et *Gaz. des hôpitaux*, nos 19 et suiv.)

Sur le traitement de l'étranglement herniaire par la ponction aspiratrice. (*Soc. de chir.*, 11 *déc.* 1872, *Un. méd.*, *fév.*, p. 201.)

Ponction de la vessie au-dessus du pubis à l'aide de l'aspirateur pour une rétention dans un cas d'hypertrophie prostatique. — Cathétérisme facile après la ponction. — Aucun accident, par le Dr J. Little. (*New-York med. Journ.*, nov. 1872.

Tapping of the bladder above the pubes for retention of urine (Ponction de la vessie au-dessus du pubis pour une rétention d'urine (*Pathol. Society*), par le Dr Barwell. (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., t. I, p. 127.)

Rétention d'urine; six ponctions de la vessie avec l'aspirateur Dieulafoy; aucun accident, par le Dr Cluzeau. (*Bull. gén. de thér.*, t. LXXXIII, p. 512.)

Applications chirurgicales de l'électricité, par L. Tripier. (*Mouvement méd.*) 1872.)

A galvano-caustica chimica (La galvanocaustique chimique), par A. Amussat. (*Correo med. de Lisbonne*, 1872.)

On nœvi-materni (Traitement par l'électrolyse), par W. Carter. (*Lancet.*)

De la galvano caustique thermique, par L. Blondeau. (*Scalpel de Liége.*)

Cancer of the tongue; removal by galvanic ecraseur (Cancer de la langue; ablation par l'écraseur galvanique), par le Dr Erichsen. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., t. I, p. 171.)

Epithelioma of the scrotum; removal by the battery and wire, par le Dr Durham (*Brit. med. Journ.*, 1er février., t. I, p. 116.)

Différents procédés du traitement du varicocèle, application de la galvanocaustie, par E. Lagardère. (*Thèse de Paris.*)

Reposition einer Luxation beider Vorderarmknoehen nach hinten und aussen durch ein Rotations Verfahren (Réduction par rotation d'une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière et en dehors), par K. v. Mosengeil. (*Archiv. f. klinische Chirurgie*, XIVe vol., 3e fascicule, p. 682.)

The correct principles of treatment for angular curvature of the spine (Les vrais principes du traitement de la déviation anguleuse de l'épine dorsale), par Benj. Lee. — *Philadelphie*, in-8°.

Quelques expériences à propos des pieds bots, par E. Leriche. (*Lyon médical*, 1872.)

Treatment of talipes varus (Traitement du pied bot varus), lettre de Frederic Clowes. (*The Lancet*, 1er févr., t. I, p. 186.)

Forcible rupture in firm fibrous anchylosis, par le Dr Laffan. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, t. II, p. 882.)

Dislocations of the hip and shoulder joints, also dislocation of the patella and their reduction under chloroform (Luxation de la hanche. — Luxation de l'épaule.—Luxation de la rotule.—Réduction avec l'aide du chloroforme), par Edward Bellis. (*Med. press. and circular*, 8 janv., p. 21.)

Beiträge zur Heilung des Parenchym- und Cystenkropfes (Contributions au traitement du goître parenchymateux et kystique), par le docteur Karl, Stoerk de Vienne. (*Wiener medizin. Wochenschr.*, n° 4, janvier.)

Extirpation de goîtres. — Dr Fenwick (*Canada med. and surg. Journal* november 1872), guérison. — Dr Maury of Philadelphia : Deux opérations, deux guérisons (*The Photographic Review*, december 1871). — Dr Hodder of Toronto (*Canada Lancet*, december 1872). Opération le 31 octobre; le 20 novembre les ligatures n'étaient pas tombées, mais le malade allait parfaitement bien.

On trouvera l'analyse de ces quatre cas *in the American Journ. of the med. sc. for* 1873, p. 281-282.

Two cases of thyrothomy for the removal of growths from the larynx (Deux cas de thyrotomie pour l'ablation de tumeurs du larynx) (Clinical society of London, 14 févr. 1873). Dr Pugin Thornton. (*Med. Times and Gaz.*, 8 mars, I, p. 264.)

Naso-pharyngeal polypus : laryngotomy, M. Maunder. (*Brit. med. Journ.*, 1er févr., I, p. 117.)

Syphilitic disease of pharynx : laryngotomy, M. Maunder. (*Brit. med. Journ.*, 1er févr., I, p. 117.)

Inflammation of floor of mouth, tongue, pharynx and side of neck : laryngotomy (Inflammation du plancher de la bouche, de la langue, du pharynx et des parties latérales du cou ; trachéotomie), M. Maunder, (*Brit. med. Journ.*, 1er févr., I, p. 117.)

Laryngoskopische Operationen (Opérations pratiquées sur le larynx), par le Dr Karl Stoerk. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 19 et nos 42, 43, 44, 1872.)

Aneurysma der absteigenden Aorta, Compression der Trachea und des Œsophagus, Tracheotomie. Tod (Anévrysme de l'aorte ascendante, compression de la trachée et de l'œsophage, trachéotomie, mort). (*Wiener medizinische Wochenschrift*, nos 42 et 43, octobre 1872.)

Aneurism pressing on recurrent laryngeal ; laryngotomy and no relief from spasm (Anévrysme comprimant le nerf récurrent ; trachéotomie sans soulagement des accès spasmodiques), par A.-L. Looms. — *New-York pathological Society*, 27 nov. 1872. (*The med. Record. New-York*, 15 février, p. 91.)

Rétrécissement de l'œsophage, compression des récurrents et du pneumogastrique droit ; accidents de sténose laryngée ; trachéotomie ; asphyxie par le poumon, malgré la perméabilité des voies aériennes ; mort, par L. Lefort. (*Soc. de chir.* et *Gaz. des hôpitaux*, n° 28.)

Der Luftröhrenschnitt bei Schlusswunden (Trachéotomie pour les plaies par armes à feu), par le docteur Lotzbeck. — Munich.

Die mecanischen Blutstillungsmittel bei verletzten Arterien, van Paré bis auf die neueste Zeit. Historisch kritische Darstellung mit Rücksicht auf Physiologie (Histoire critique des moyens hémostatiques mécaniques depuis Paré jusqu'à nos jours, envisagés au point de vue physiologique), par le docteur Albert Adamkiewicz (suite et fin). (*Archiv. f. klinische Chirurgie*, XIVe vol., 3e fasc., p. 405.)

Plugging the posterior nares (Sur le tamponnement des fosses nasales), lettre de R.-P.-B. Taaffe. (*The Lancet*, 8 févr., I, p. 221.)

Ueber die Anwendung und Wirkung subkutaner Ergotin-Injektionen bei Blutungen (De l'emploi et de l'action des injections d'ergotine dans les hémorrhagies), par le docteur Drasche. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 40, p. 1003, 5 oct. 1872.)

Traitement des hémorrhagies artérielles de la paume de la main, emploi de l'éponge préparée, par H. Leconte. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Plugging the posterior nares (Du tamponnement de l'arrière-cavité des fosses nasales), lettre du docteur Arthur MORRILL. (*The Lancet*. 1er févr., I, p. 187.)

Considérations pratiques sur la rétention d'urine, par J. JARDIN. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1872, in-4°, 41 p.)

Inconvénients des sondes à demeure, par ANTONIO DE QUIROS. (*Thèse de Paris.*)

Advantages of the vertebrated catheter in prostatic retention (Avantages du cathéter articulé dans la rétention d'urine de cause prostatique), par T.-H. SQUIRE. (*The medical Record. New-York*, 1er *janv.*, p. 4.)

Extraction d'un morceau de bois introduit dans la vessie, par le Dr BARDY-DELISLE. (*Un. méd.*, n° 12, p. 136.)

Etude historique et critique de la taille médiane, par Alcide AUGEY. (*Thèse de Paris*, 1872.)

Case of lithotomy; Atony of the bladder, second operation; Encysted calculi, par Thomas MOORE. (*The Lancet*, 28 déc. 1872, t. II, p. 912.)

Lithotomy, par MACNAMARA. (*Med. press. and circular*, 8 janv. p. 22.)

Case of lithotomy, par Charles NUTT. (*Med. Times and Gaz.*, 8 févr., t. I, p. 139.)

Lithotomy, par Mr. DAVIDSON (de Madagascar). *Medico chir. Soc. of Edinburgh*, 19 févr.). (*Brit. med. journ.*, 1er mars, t. I, p. 238.)

Calculus vesicæ; lithotomy; stricture; incontinence of urine; recovery. *Guy's hospital*, Mr. DURHAM. (*Med. Times and Gaz.*, 15 mars, t. I, p. 272.)

Case of stone in the bladder; lithotrity; four sittings, recovery (Observation de pierre dans la vessie; lithotritie, quatre séances; guérison), par Henri GRAY CROLY. (*The med. Press. and Circular*, 18 déc. 1872, p. 527.)

Stone in the bladder; lithotrity; cure (Pierre dans la vessie; lithotritie; guérison), St Peter's hospital, TEEVAN (*Med. Times and Gaz.*, 21 déc. 1872, t. II, p. 678.)

Case of calculus occupying the bladder and urethra, removal, cure, par le Dr MATTHEWS DUNCAN. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, t. II, p. 881.)

The solvent treatment of calculi (Du traitement dissolvant des calculs), lettre de John C. MURRAY. (*The Lancet*, 1er fév., t. I, p. 191.)

The solvent treatment of calculi (Du traitement dissolvant des calculs), lettre de W. WILBERFORCE SMITH. (*The Lancet*, 8 fév., t. I, p. 222.)

Calculs uréthro-prostatiques, opération de la boutonnière; guérison. Observation recueillie par M. GROSS, interne. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er janv.)

Stricture of urethra : Cock's operation, deux observations, DURHAM. (*Brit. med. Journ.*, 1er févr., t. I, p. 116.)

A case of impassable stricture of the urethra successfully treated by leeching and gradual dilatation (Rétrécissement infranchissable de l'urèthre, traité avec succès par les sangsues et la dilatation lente), par le Dr TEEVAN. (*Med. Times and Gaz.*, 8 févr., t. I, p. 141.)

The result of twelve cases of operations for stricture. — *Clinical Soc. of London.*— TEEVAN. (*Brit. med. journ.*, 8 févr., t. I, p. 156.

Strictures of the urethra, ERICHSEN. (*Med. Times and Gaz.*, janv., t. I, p. 61 et p. 86.)

Troublesome recurrent stricture of the urethra after perineal section (Récidive embarrassante d'un rétrécissement de l'urèthre après incision périnéale), par le Dr ERICHSEN. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., t. I, p. 171.)

Traumatic stricture of urethra; perineal fistula; obliteration of portion of urethral canal; cure of fistula; restoration of canal. — *Guy's hospital.* — DURHAM. (*Med. Times and Gaz.*, 15 mars, t. I, p. 272.)

Stricture in the anterior part of the urethra; penile and perineal fistula; internal urethrotomy; cure St Thomas's hospital, Dr CROFT. (*Med. Times and Gaz.*, 15 févr., t. I, p. 167.)

Nouveau procédé d'extraction des épingles engagées dans l'urèthre (emploi de la sonde cannelée ordinaire), par E. REY. (*Bull. gén. de thérap.*)

Note sur la blennorrhagie de l'homme et sur son traitement, par M. BEDOIN. (*Recueil de mémoires* de *Médecine et de chirurgie militaires*, p. 73.

Note concernant le traitement des uréthrites par les préparations de l'Eucalyptus globulus, par M. AVON. (*Recueil de mémoires* de *Médecine et de chirurgie militaires*, p. 81.)

La soluzione di nitrate d'argento nella cura della épididimito blenorragica (La solution de nitrate d'argent dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique, par A. BIZARRI. (*Imparziale de Florence.*)

De l'emploi des bougies médicamenteuses dans le traitement de la blennorrhagie, principalement de la bl. chronique, par G. LOREY. (*Tribune méd.*)

On amputated genital organs (Proceedings of the pathological Society of Dublin). (*Dublin Journal of med. science*, janv.)

Epithelioma of the penis; amputation, Dr SAVORY. (*Brit. med. Journ.* 15 fév., t. I, p. 171.)

Case of elephantiasis prepuce, weighing 22 lb: excision; recovery (Eléphantiasis du prepuce pesant 22 livres troy, 820 grammes; excision et guérison), par KASSYKINKUR MITTER. (*Indian med. Gaz. — Calcutta.*)

On the operation for elephantiasis scroti (Sur l'opération de l'éléphantiasis du scrotum), par MACNAMARA. (*Indian med. Gaz.*, janv.)

Simple hydrocele of the tunica vaginalis, already three times tapped and injected; injected a fourth time with iodine (Hydrocèle simple de la tunique vaginale, ponctionnée et injectée pour la quatrième fois avec la teinture d'iode), *Middlesex hospital*, Dr HULKE. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars, t. I, p. 256.)

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Dr ESMARCH von Dr Ferd. PETERSEN : *Zur Casuistik der arteriellen Transfusion.*

I. — Ostitis tarsi chronica suppurativa. Amputatio cruris. Wiederholte Blutungen. Unterbindung der Art. femor. unter dem Lig. Poup. Transfusion von 250 Ccm Blut in die Art. brachialis. Ausgereichneter Erfolg. Heilung. (Cas de transfusion suivi de guérison.)

II. — Retromaxillärer pulsirendes Fibroma teleangiectaticum. Erfolglose Ergotin-Injectionen (von Langenbeck). Heftige Blutungen. Theilweise Gangrän der Geschwulst. Hochgradiges Fieber. Osteoplastische Resection des Oberkiefers nach Vorangegangener Tracheotomie mit gleichzeitiger. Transfusion durch die Art. brachialis. Tod. (Transfusion suivie de mort.) (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 déc. 1872, n° 52.)

De la transfusion du sang défibriné, par Ladislas DE BÉLINA. (Paris, *Thèse de doctorat en médecine*, février.)

Lectures on the surgical treatment of aneurism in its various forms, par Timothy HOLMES, 5e leçon, 1re partie. (*The Lancet*, février, I, p. 159 et 193.)

Traumatic aneurism of radial artery; ligature of radial; recovery, par le docteur WAGSTAFFE. (*Med. Times and Gaz.*, 1er févr., I, p. 113.)

Popliteal aneurism; digital compression; cured in eight hours; subsequent partial gangrene of toes; recovery (Anévrysme poplité; compression digitale; guérison au bout de huit heures; gangrène partielle des orteils; guéson), par le docteur MAC-CORMAC. — Observation recueillie par M. WOOD. (*Med. Times and Gaz.*, 8 févr., I, p. 140.)

Femoral aneurism; failure of digital compression and flexion; ligature of the external iliac; recovery, par le docteur MAC CORMAC. — Observation recueillie par MM. BAKER et LINGARD. (*Med. Times and Gazette*, 8 févr., I, p. 140.)

Popliteal aneurism cured by the ligature of the femoral artery after failure of compression, par Denys WALSHE. (*Med. Press and Circular*, 1er janv., p. 2.)

Ligation of carotid artery, par le docteur PIGNÉ-DUPUYTREN, de San-Francisco, (*Pacific med. and surg. Journal*, août 1872; in *The med. Record.*, New-York, 1er janv., p. 12.)

Ligature of the third portion of the subclavian artery and amputation at the shoulder-joint (Ligature de la 3e portion de la sous-clavière et désarticulation de l'épaule), par Alfred KINNEY. (*Pacific med. and surg. Journ.*, nov. 1872; *Brit. med. Journ.*, 8 mars, I, p. 258.)

Ligature of the external iliac artery; unusual cours of the vessel (Ligature de l'iliaque externe; trajet insolite du vaisseau). — King's College hospital. — Sir William FERGUSSON. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 286.)

Nœvi subcutaneous ligature, — King's College hospital. — Sir William FERGUSSON. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 227.)

Anévrysme cirsoïde volumineux de la région occipitale; guérison par les injections de perchlorure de fer avec l'aide du compresseur de Marcelin Duval, par CARADEC, de Brest. (*Gazette des hôpitaux*, n° 29.)

A portion of bone removed by trephining from the skull of a man injured by a hatchett (Fragment d'os enlevé par le trépan, du crâne d'un homme blessé par une hache) (*Med. Soc. of London*, 23 déc. 1872), par le docteur Henry SMITH. (*Med. Press and Circular*, 15 janv., p. 46.)

Successful trephining (Trépanation; guérison), par le docteur NEWNHAM. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 236.)

Excision of shoulder-joint; recovery, with an useful arm (Résection de l'épaule; guérison avec un bras utile). London hospital, par le docteur RIVINGTON. (*Brit. med. Journ.*, 8 mars, I, p. 255.)

Excision of the shoulder-joint (Résection de l'épaule). Guy's hospital, par M. DURHAM. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 285.)

Clinical remarks on exision of the shoulder-joint and of the wrist-joint (Remarques cliniques sur la résection de l'épaule et du poignet), par le professeur ERICHSEN. (*The Lancet*, 11 janv., I, p. 48.)

A specimen illustrating primary excision of the elbow-joint for injury (Exemple de résection primitive du coude pour un traumatisme) (*Med. Soc. of London*, 28 déc. 1872), par le docteur Henry SMITH. (*Med. Press and Circular*, 15 janv., p. 46.)

Résection du coude, suivie de la conservation complète des mouvements, par PILATE, d'Orléans. (*Gaz. médicale*, n° 9.)

Compound dislocation of all the metacarpal bones of the right hand; operation; recovery with a serviceable hand (Luxation compliquée de tous les métacarpiens de la main droite; opération; guérison avec une main utile), par le docteur RIVINGTON. (*The Lancet*, 22 févr., I, p. 270.)

Tumour of the long finger of the left hand; removal (Tumeur du médius gauche; ablation), par le docteur SAVORY. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., I, p. 171.)

Excision of the proximal phalanx of the right thumb for enchondroma (Résection de la première phalange du pouce droit pour un enchondrome), par H. ROWSE BELL. (*The Lancet*, 14 déc. 1872, II, p. 847.)

Desarticolazione della coscia per vasto mixio-sarcoma ossifico seguita da completa guarizione (Désarticulation de la cuisse pour un vaste sarcome ossifié, suive de complète guérison), par le professeur Ch. GALLOZZI. (*Il Morgagni*, de Naples, 1872, p. 697.)

Cette observation est accompagnée d'une planche avec deux figures, l'une représentant le malade avec son moignon cicatrisé, l'autre le malade muni d'un appareil prothétique.

Excision of the head of the femur (Résection de la tête du fémur), par le docteur HOWSE. (*Brit. med. Journ.*, 15 févr., I, p. 171.)

Excision of the head of the femur (Résection de la tête du fémur). Guy's hospital, par M. COOPER-FORSTER. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 286.)

Anchylosis of the hip-joint with extreme malposition of the limb upwards and inwards; subcutaneous section of the femur below both trochanters (Ankylose de l'articulation de la hanche avec position vicieuse très-prononcée du membre en haut et en dedans; section sous-cutanée du fémur, au-dessous des deux trochanters), par le docteur GANT. (*The Lancet*, 21 déc. 1872, II, p. 881.)

White swelling of the knee ; amputation of thigh in lower third ; recovery (Tumeur blanche du genou; amputation de la cuisse au tiers inférieur ; guérison), par ERICHSEN. (*Med. Times and Gaz.*, 11 janv., I, p. 33.)

Amputation of the thigh, after unsuccessful excision of the knee-joint (Amputation de la cuisse après insuccès de la résection du genou). Saint-Bartholomew's hospital, par M. CALLENDER. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 287.)

On amputation at the knee-joint (Sur l'amputation du genou), par le docteur BRINTON. (*Philad. med. Times*, 28 déc. 1872.)

Excision of knee-joint ; convalescence in eight weeks (Résection du genou ; rétablissement en huit semaines). King's College hospital, par le docteur Henry SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 226.)

Excision of the knee (Résection du genou). King's College hospital, par sir William FERGUSSON. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 226.)

Excision of the knee-joint for disease in a woman fifty three years of age ; successfull result (Résection du genou pour cause pathologique chez une femme de 53 ans ; résultat favorable) (*Royal medical and chirurgical Society*, 11 févr. 1873,) par le docteur Frederick-J. GANT. (*Med. Times and Gaz.*, 22 févr., I, p. 213,)

Excision of the knee at Saint-Thomas's hospital ; lettre de John CROFT. (*Med. Times and Gaz.*, 8 mars, I, p. 263.)

Compound fracture of the leg ; amputation below the knee (Fracture compliquée de la jambe ; amputation au-dessous du genou). King's College hospital, par M. WOOD. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 286.)

On Pirogoff's amputation (Sur l'amputation de Pirogoff), par LIZARS. (*Canada Lancet*, janvier 1873.)

Disease of os calcis ; Syme's amputation (Affection du calcanéum ; amputation de Syme). King's College hospital, par sir William FERGUSSON. (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 227.)

Excision of the ankle-joint (Résection de l'articulation tibio-tarsienne). Guy's hospital, par M. BRYANT. (*Brit. med. Journ.*, 15 mars, I, p. 285.)

Ein Fall von Amputatio subtalica (Cas d'amputation sous-astragalienne), par Richard VOLKMANN. *Arch. f. klin. Chirurg.*, XIVe vol., 3e fasc., p. 636.)

Excision of the scaphoïd bone (Résection du scaphoïde). Saint George's hosp., par le docteur HOLMES. (*The med. Press and Circul.*, 18 déc. 1872, p. 524.)

Amputation dans la continuité du métatarse, par le docteur TOPPING. (*Michigan univ. med. Journ.*, july 1872.) Analysé in *The American Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 287.)

Ablation de la mâchoire supérieure, y compris l'os malaire ; incision verticale ; garçon de 15 ans ; sarcome volumineux, par MICHAUX. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Bruxelles.*)

Osseous tumour of the left superior maxilla ; removal of the bone (Tumeur

osseuse du maxillaire supérieur gauche; ablation de l'os), par le docteur W.-B. Beatson. (*The Lancet*, 22 févr., I, p. 271.)

Transport Verwundeter mittelst Eisenbahnen (Transport des blessés par chemin de fer), par Alexander Hausser, chirurgien militaire. (*Der Militærzt*, nos 19 et 20, 1872, et nos 4 et 5, 1873.)

Erinnerungen aus dem deutsch-französischen Kriege (Souvenirs de la guerre franco-allemande), par le docteur Mosetig. (*Der Militærzt*, n° 29, p. 161-164, 19 oct. 1872.)

De l'extraction immédiate des esquilles dans les fractures des membres par armes à feu, par J. Davezac. (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1872, 54 pages.)

Des résections primitives et secondaires dans la continuité des os longs des membres à la suite de coups de feu, par L. Choulex. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1872, in-4°, 36 pages.)

Des divers modes de traitement de l'occlusion interne de l'intestin, par J.-J.-H. Bouvier. (*Thèse de doctorat*, Paris, in-4°, 48 pages.)

Hernie ombilicale étranglée, opération; guérison. Observation par Léonard. (*Arch. de méd. navale*, 1872, n° 6, p. 460.)

Cases in military practice; inguinal hernia reduced by taxis and position, par Mark Anthony. (*Med. Press and Circular*, 29 janv., p. 85.)

Hernie scrotale étranglée; réduction par compression continue à l'aide d'un nouveau procédé, par H.-L. Demarquette. (*Tribune méd.*)

L'ano vulvare et il processo del Rizzoli aproposito d'un caso felicemente operato (L'anus vulvaire et le procédé de Rizzoli à propos d'un cas heureusement opéré). Trois leçons cliniques par le professeur Louis Amabile. (*Il Morgagni*, de Naples, fasc. XI et XII, 1872.)

Successful case of colotomy, par M. Goodall. (*Brit. med. Journ*, 1er mars, I, p. 236.)

Ablation d'une portion du rectum procidente, deux cas, par Abeille. (*Courrier méd.*)

De la paracentèse abdominale, ses complications et les moyens d'y remédier, par G. Festy. (*Thèse de Paris.*)

Dr Dobbell's new longue holder and spatula (Spatule et pince pour saisir la langue, du Dr Dobbel). (*Brit. med. Journ.*, 1er mars, I, p. 228.)

Attelles malléables en toile métallique pour la contention des membres, par M. Sarrazin, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1er févr.)

Moyen de prévenir et de guérir l'infection purulente, par Boinet. (Lavages iodo-tanniques.) (*Gaz. des hôpitaux*, nos 19 et 20.)

Versuche uber die Wirkung der Drainage im Kniegelenk (Recherches expérimentales sur le drainage de l'articulation du genou), par le Dr A. Jaschke. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. II, n° 1, 29 nov. 1872, p 91-94.)

Brûlures multiples et profondes chez un enfant; nécessité d'un pansement à demeure; emploi de la baudruche gommée transparente, par Groussin. (*Tribune méd.*)

Observations de plaies articulaires traitées par l'irrigation continue, par H. Rey. (*Union médicale*, n° 18.)

De l'emploi de l'azotate de plomb contre l'ongle incarné, par Chappot. (*Tribune médicale*, 1872.)

Malignant onychia successfully treated by nitrate of lead (Onychie maligne traitée avec succès par le nitrate de plomb), par le Dr Pérossi. (*L'Independente*, janv. 15.)

De la rupture des tendons (ténorrhaphie), par M. A. Barbaste. (*Thèse de Paris.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

ANALYSES.

Traité de climatologie générale du globe; étude médicale sur tous les climats, par le Dr ARMAND, ex-médecin-chef de l'hopital militaire de Saïgon, en Cochinchine, etc. (*Paris, G. Masson*, 1873.)

L'auteur de ce livre unique en France étudie, dans une première partie, la physique et la géographie climatérique du globe, et, dans la seconde, les maladies qui sont particulières à chaque climat, dans toutes les contrées de la terre. Comme il est impossible de donner même une pâle analyse d'un ouvrage si rempli de faits intéressants et nouveaux, nous nous bornerons à énumérer les principaux chapitres de la première partie qui renferment surtout des idées générales touchant la climatologie. C'est ainsi que l'auteur passe en revue : la géologie ou constitution physique de la terre; la mer et l'atmosphère; la géographie organique ou distribution des êtres organisés selon les climats; la distribution des êtres vivants à la surface du globe ou géographie botanique et zoologique; la distribution des races humaines sur le globe, ou géographie anthropologique, les climats de l'Europe, des terres arctiques, de l'Asie, de l'Inde, de l'Afrique, de l'Amérique et de l'Océanie.

L'étude de ces climats était importante, indispensable pour comprendre leur action sur l'homme. Or, cette action pernicieuse s'exerce par deux éléments principaux, la chaleur et l'humidité. « Les perturbations physiologiques qui résultent de ces deux influences alternées ou combinées, aboutissent le plus généralement à l'état fébrile; aussi la fièvre est-elle la maladie prédominante dans le cadre pathologique. » Mais les *fièvres climatériques* sont variées de formes, de complications, de gravité, en raison de la diversité.

des climats. Si, dans un climat donné, elles se développent dans les contrées basses et marécageuses, il est bien démontré qu'elles se montrent aussi dans les vastes régions dépourvues de marais, et qu'elles sont absentes dans bon nombre de contrées même très-marécageuses de l'hémisphère sud. Aussi ne convient-il pas de les appeler *fièvres paludéennes*, ce qui n'est qu'une partie de la vérité, ou *fièvres miasmatiques*, ce qui n'est que l'expression d'une hypothèse non vérifiée. Pour comprendre la genèse de ces fièvres, il faut étudier les influences complexes des agents physiques des climats, voir si les modifications de la température, de l'électricité, de l'état hygrométrique de l'atmosphère ne sont pas capables de produire tous ces accidents. C'est de cette étude laborieusement poursuivie par M. Armand en Algérie que découle cette formule étiologique :

1° Les phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère, par l'ensemble, l'intensité et la variabilité de leur action, sont les sources fébrigènes que nous appellerons causes éloignées de la fièvre ;

2° Les perturbations physiologiques qui, sous leur influence, se produisent dans tout l'organisme, et notamment la perversion fonctionnelle du système nerveux, sont les causes prochaines de l'état fébrile ;

3° L'état fébrile, selon son intensité, sa persistance et son mode de reproduction, constitue les différents types et les diverses formes de la fièvre d'accès dite à *quinquina*.

D'après les vues étiologiques ainsi exposées, l'intermittence, phénomène inexplicable pour la doctrine de l'intoxication miasmatique, trouve mieux sa raison d'être. Car l'intermittence et la périodicité sont les procédés par lesquels le système nerveux manifeste sa souffrance ; ainsi, les accès d'épilepsie, d'hystérie, d'asthme, de rage, les migraines, une foule de névroses et de névralgies, etc., en fournissent des preuves multipliées.

L'innervation brusquement troublée par des influences et des changements atmosphériques réagit alors par des accidents fébriles intermittents ; et ce sont les changements brusques de l'état atmosphérique dans certains climats qui créent particulièrement, d'une façon occasionnelle, les dangers du sommeil dans les lieux humides et frais, de l'insolation et des fatigues insolites, des remuements de terre, des rizières, des irrigations, des marais salants, etc.

Le climat de Rome, qui est aussi très-longuement étudié et qui, renferme des détails d'une grande importance et du plus vif intérêt, confirme par les mêmes influences thermo-électro-hygrométriques la pathogénie que nous venons de résumer.

Le docteur Armand, dans la dernière partie de son ouvrage, passe en revue les maladies climatériques qui se développent dans les diverses contrées du globe. Nous nous bornerons à signaler

les maladies de la Chine, de l'Inde, du Sénégal, de l'Égypte, de la Guadeloupe, du Mexique, de l'Océanie, de l'Amérique, etc.

Enfin, dans un des derniers chapitres, l'auteur établit la répartition géographique des maladies climatériques, et passe en revue les quelques états morbides spéciaux à certaines circonscriptions.

HENRI HUCHARD.

Typhus.

Etiologie du typhus exanthématique, par M. le prof. BOUCHARDAT. (*Bull. de l'Ac. de méd., séance du 7 janvier* 1873.)

Répondant à l'importante communication de M. le professeur Chauffard, à l'Académie de médecine (*Voyez* cette analyse dans le n° 1 de *la Revue des sciences médicales*, p. 445), M. le professeur Bouchardat refuse à la race et à la localité toute l'influence qui leur avait été attribuée pour la production du typhus, et groupe les causes de cette maladie en deux termes : 1° la ruine de l'économie; 2° l'encombrement.

Pour plusieurs autres maladies, l'influence de la race et de la localité est évidente. Ainsi, le typhus contagieux du gros bétail prend habituellement naissance et exerce ses ravages sur une race spéciale du gros bétail, principalement dans les steppes de la Russie et de la Hongrie. L'immunité que la fièvre jaune confère à la race noire est des plus évidentes ; la genèse de la peste d'Orient et du choléra asiatique sont dominées par une question de localité. Mais, pour le typhus, rien n'est moins démontré que l'influence de la race et de la localité ; l'immunité de la France à l'égard de cette maladie ne tient ni à la race, ni au sol, ni à aucune condition de localité, elle dépend plutôt des conditions satisfaisantes dans lesquelles nous sommes placés. Si le typhus n'a pas régné à Paris et à Metz pendant les deux derniers siéges, c'est que les conditions de la genèse typhique n'étaient pas encore accomplies aux jours des capitulations. En effet, les deux facteurs inséparables du typhus sont l'encombrement et la famine. *Toutes les fois qu'on encombre des affamés, le typhus apparaît pour ainsi dire fatalement.* Si dans les camps, dans les villes assiégées, le typhus s'est déclaré sans avoir été précédé par la famine, comme pendant la guerre de Crimée, par exemple, c'est que, dans ces cas, le facteur famine est remplacé par une réunion de modificateurs qui, par la continuité d'action, amène comme elle la ruine, la misère de l'économie. Ainsi, les soldats de Crimée eurent à souffrir de privations alimentaires, de travaux excessifs, du froid, — toutes conditions de dépenses organiques qui n'étaient pas compensées par un surcroît d'alimentation, — enfin, de maladies

graves qui ont débilité l'organisme et ont eu une même résultante que la famine.

Sans doute, à Paris, il y eut de grandes privations alimentaires, il régnait un grand nombre de maladies graves ; mais les conditions du développement du typhus ne s'étaient montrées que vers la fin du siége, comme elles n'étaient apparues aussi en Crimée que peu de temps avant la prise de Sébastopol; et si, comme dans cette dernière contrée, le typhus n'a pas éclaté, c'est que les causes du développement de la maladie ont promptement cessé avec la capitulation. Aussi, après d'aussi rudes épreuves, le niveau de la santé générale se releva, et le chiffre des décès s'abaissa d'une façon remarquable.

Deux raisons peuvent être opposées à l'argumentation de M. Chauffard, touchant l'immunité typhique de l'armée assiégée à Metz. D'abord, on doit considérer que les épidémies de typhus partent d'un foyer primitif, se propagent avec une grande intensité et peuvent s'éteindre rapidement pour renaître avec une puissance décroissante dans les localités envahies ; ensuite il n'est pas prouvé que l'armée assiégeante ait été envahie par le typhus. Car il est avéré que les Allemands, toujours si prompts, d'après nous, à faire des confusions de noms, désignent sous la commune désignation de *typhus*, le typhus exanthématique et le typhus abdominal ou fièvre typhoïde. L'influence de la race invoquée par M. Chauffard est tout aussi contestable ; ainsi, en Crimée, l'épidémie a frappé plus cruellement les Français que les Anglais, les Italiens et les Irlandais. Dans l'épidémie algérienne, dans le service de la salle de Saint-Philippe, qui était surtout consacrée aux Arabes, ont été atteints : *indigènes* arabes 120; noirs 4; turcs 1; juifs 1 ; étrangers italiens 3; espagnols 8; français 12. Par conséquent, d'après M. Bouchardat, lorsque les conditions de sa genèse ont été accomplies, le typhus s'est développé dans les contrées les plus diverses, et il a sévi indistinctement sur toutes les races.

Si la France possède une immunité réelle contre les atteintes de l'épidémie typhique, elle la doit à la fécondité, à la richesse de son sol, qui se prête aux cultures les plus variées, qui produit des vins généreux, à la rapidité des communications intérieures et extérieures, à la forte organisation de l'assistance publique, au nombre considérable de sociétés philantropiques qui ont pour but de rechercher et de prévenir les causes si nombreuses de misère. « On peut donc prédire, ajoute M. Bouchardat, que c'est une maladie qui doit disparaître par la volonté seule de l'homme et par les bienfaits de la civilisation. »

Du typhus exanthématique à Metz, dans la population civile, à la suite du blocus, par le Dr V. MICHAUX, ancien président de la société de médecine de Metz.

Note sur un cas de typhus exanthématique observé à la clinique médicale de

Nancy, par M. BERNHEIM, professeur à la faculté de médecine de Nancy (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, n° 3, *janvier* 1873.)

Dans la précédente analyse du travail de M. Chauffard sur l'étiologie du typhus, nous avons vu que l'éloquent professeur, se fondant sur l'absence du typhus dans l'armée assiégée à Metz, expliquait cette particularité par l'immunité que confère la race ; nous venons de voir que M. Bouchardat l'attribue au manque de *continuité* des causes qui d'ordinaire engendrent cette maladie. Les déclarations nettes et précises de M. le docteur Michaux, appuyées par les affirmations de nombreux et honorables médecins qui ont habité Metz pendant le siége, établissent au contraire que le typhus a régné dans cette ville, ce qui prouve qu'il ne faudrait pas rejeter trop loin, comme il le dit, la vieille étiologie enseignée par tous les bons observateurs.

A la même époque, a paru, dans le même journal, une observation de typhus recueillie par M. le docteur Bernheim, dans le mois de novembre 1872. Dans les considérations qui suivent cette observation, il est dit que M. Victor Parisot et d'autres médecins de Nancy ont observé, depuis l'occupation allemande, plusieurs cas de typhus, mais ce n'étaient là que des cas disséminés qu'on ne peut pas rattacher à une véritable épidémie, et que l'on doit attribuer à l'importation. En résumé, d'après M. Bernheim, le typhus s'éteint toujours spontanément dans notre pays, quand les causes accidentelles de son développement, mais non inhérentes à notre sol et à notre constitution ont disparu. HENRI HUCHARD.

Pathogénie de la fièvre.

Ueber den Kreislauf und die Kreislaufsstœrungen in der Froschlunge. Versuche zur Begründung einer mechanischen Fieberlehre (De la circulation et de ses troubles dans le poumon de la grenouille. Théorie mécanique de la fièvre), par C. HUETER. (*Centralbl.*, n° 5, 1873.)

En poursuivant les recherches qu'il a entreprises avec Greveler (V. R. S. M., p. 439) sur les troubles de la circulation déterminés chez la grenouille par l'injection de liquides putrides, l'auteur a vérifié sur le poumon de la grenouille les phénomènes qu'il avait déjà vus, avec son collaborateur, dans le mésentère et la langue. A ce propos il recommande avec enthousiasme l'étude de la circulation dans le poumon de la grenouille (surtout chez la *rana esculenta*) et il indique les observateurs qui l'ont précédé dans ce genre d'observations. Malpighi, il y a deux cents ans, avait déjà indiqué la possibilité d'examiner au microscope la circulation du sang dans le poumon d'une grenouille vivante (*Opera omn. Lug.*, *Batav.*, 1687., t. II. *De pulmonibus*, *epist.* II, 328). En 1867, Frithiof Holmgren d'Upsala a de

nouveau décrit sommairement ce même phénomène histologique (*Upsala Lækarefœrenings Fœrhandlingar*, t. III, 389-299).

Depuis quelques années, Landois montre à son cours la circulation du poumon de la grenouille.

C'est grâce à ces deux derniers observateurs que l'attention de C. Hüter a été attirée sur le poumon de la grenouille comme moyen d'étude. Nous pensons que ce n'est pas sans raison qu'il le recommande aux expérimentateurs. Dans les recherches que nous avons entreprises pour vérifier la théorie de l'émigration des globules blancs (*Soc. de biologie*, 1869), nous avons nous-même mis cet organe à contribution, et nous sommes heureux de voir C. Hüter attacher à cette sorte d'expérimentation un intérêt qui déjà nous avait vivement frappé.

Dans les expériences de l'auteur, la présence des monades dans le sang produit dans le réseau pulmonaire, comme dans le mésentère, un ralentissement du cours du sang et de nombreux arrêts. Mais cette observation est plus difficile à faire dans le poumon, et l'auteur recommande de commencer ces sortes d'études par les expériences sur le mésentère.

Le réseau capillaire du poumon de la grenouille est si fin, et la circulation y est si rapide, que nous avons eu également plus de difficultés à y suivre les phénomènes inflammatoires que dans le mésentère.

L'auteur, se plaçant à un autre point de vue, cherche à tirer des faits qu'il a observés une théorie nouvelle et complétement mécanique de la fièvre.

Bien qu'il promette de revenir prochainement sur ce sujet dans un travail étendu, il nous paraît utile d'indiquer immédiatement ici ce premier essai.

C. Hüter se range au nombre des pathologistes qui cherchent la cause de la fièvre, non dans une production augmentée de chaleur, mais, au contraire, dans une diminution du calorique émis.

A leur tête se trouve Traube (*Zur Fieberlehre. Med. Centralzeitung*, 1863, n° 52). Récemment, Senator (*Beitræge zur Lehre von der Eigenwærme und dem Fieber. Arch. f. path. Anat.*, t. XLV., 1869) a rassemblé un grand nombre d'arguments en faveur de cette opinion, qui aujourd'hui, grâce aux observations de l'auteur, sortirait du cadre des hypothèses pour s'élever au rang d'une théorie. Comme point de départ de la fièvre, à la place *du spasme des artérioles cutanées* sur lequel Traube a insisté, mais dont l'existence n'est pas démontrée dans toutes les phases de la fièvre, spasme qui constitue une conception un peu obscure, C. Hüter substitue la soustraction de la circulation générale, y compris la circulation pulmonaire, d'un certain nombre de capillaires.

Le corps a deux surfaces de refroidissement : la surface externe, la peau, et la surface interne, celle des poumons. Plus seront

petites les quantités de sang circulant à travers les vaisseaux de ces surfaces réfrigérantes, moins la déperdition de chaleur sera considérable et plus la température générale montera. La soustraction de la circulation générale de la moitié environ des vaisseaux, telle que l'auteur l'a observée sur la grenouille, équivaudrait à une diminution de moitié dans l'émission thermique. C'est ainsi que s'expliquerait l'augmentation de la température dans un état infectieux chez les animaux à sang chaud.

Les frissons et l'élévation thermique correspondante indiqueraient une soustraction subite de la circulation générale de nombreux vaisseaux cutanés, phénomène qui serait causé par l'adhérence des globules blancs et des monades.

Le nombre des contractions du cœur qui, comme Senator l'a montré, monte en raison de la chaleur du sang, serait peut-être aussi en rapport avec l'augmentation des résistances dans les vaisseaux périphériques. La mort par la fièvre s'expliquerait par l'insuffisance du cœur ou par l'occlusion mécanique de nombreux vaisseaux des centres nerveux respiratoire ou circulatoire, ou bien encore par ces deux causes agissant de concert.

Telle est la théorie de l'auteur. Elle tend à modifier celle des substances pyrogènes et phlogogènes émise par O. Weber et Billroth, en ce sens que la fièvre ne présupposerait pas nécessairement une intoxication chimique du sang.

D'autre part, elle vient à l'appui des idées émises par Klebs (*Beitræge zur pathologischen Anatomie des Schusswunden*, *Leipzig* 1872. V. *Rev. scienc. méd.*, p. 559), et doit être rapprochée également des appréciations fournies par Birch-Hirschfeld (V. *R. des méd. sc.*, p. 105 et 106) sur la tuméfaction de la rate des lapins infectés par du sang septique.

Les tuméfactions parenchymateuses de la rate, du foie et des reins dans les fièvres trouveraient l'explication la plus simple grâce aux troubles circulatoires produits par l'introduction des monades dans le parenchyme des divers organes.

« Il n'existe pas, dit l'auteur, de symptôme fébrile légitime qui ne trouve dans cette théorie une interprétation simple et facile à comprendre. »

Telle est presque littéralement la manière dont l'auteur prétend, à l'aide de ses observations sur la grenouille, élever la manière d'envisager la fièvre à la hauteur d'une théorie à laquelle les recherches futures donneront la valeur d'*un fait*.

En attendant, il veut bien admettre qu'à côté de la diminution dans l'émission de chaleur l'augmentation de chaleur produite puisse jouer encore un rôle dans la fièvre, et que toutes les variétés de fièvre ne doivent pas, sans contrôle, être soumises à sa théorie.

Mais il pense que celle-ci doit tout d'abord être appliquée aux fièvres traumatiques et purulentes.

A cette théorie de la fièvre l'auteur ajoute la description de quelques troubles circulatoires qu'il a vus sur le poumon de la grenouille, en répétant les expériences de Cohnheim sur le processus embolique (*Untersuchungun über die embolischen Processe*, Berlin, 1872). Il donne surtout la description détaillée de l'arrêt et de l'accumulation des globules rouges dans les capillaires du poumon au niveau des angles formés par les îlots inter-capillaires. Ce phénomène qui existe déjà à un certain degré à l'état physiologique, prouve simplement le rôle que jouent les éperons vasculaires dans l'arrêt d'un certain nombre d'éléments. Il a été observé par tous ceux qui ont regardé le sang circuler sur le vivant et nous ne croyons pas devoir suivre l'auteur dans la longue digression qu'il lui inspire. G. H.

Weitere Beitræge zur Fieberlehre (Nouvelle Contribution à la théorie de la fièvre), par le Dr H. SENATOR. (*Centralbl.*, *n°* 6, 1873, *p.* 84.)

La communication précédente de Hüter a décidé l'auteur à donner un court résumé de ses recherches sur le processus fébrile, question dont il s'est déjà occupé antérieurement (V. *Centralb.*, 1868, p. 708, et 1871, p. 737).

Pour résoudre la question relative à l'état des petits vaisseaux pendant le stade de fièvre, dit de chaleur, il a comparé l'aspect des vaisseaux auriculaires de lapins blancs (albinos) pendant l'état de santé avec celui qui survient pendant la fièvre. Ces observations, faites à plusieurs reprises et avec les précautions nécessaires, ont donné les résultats suivants :

1° Immédiatement après l'injection de matières pyrogènes au-dessous de la peau du dos, il se produit un rétrécissement considérable de tous les vaisseaux auriculaires, et par suite une pâleur et un refroidissement de l'oreille. Ce rétrécissement est suivi d'une ou plusieurs dilatations; mais il peut naître également après une tout autre cause, comme une frayeur subite; il n'a donc rien de bien particulier.

2° Plus tard, lorsque la température du rectum dépasse de 1° à 1°,5 le niveau normal, et que le corps de l'animal est brûlant au contact, les vaisseaux auriculaires restent rétrécis pendant des heures entières; mais, de temps en temps, tantôt sans nulle cause occasionnelle, tantôt sous l'influence d'une frayeur, d'une secousse imprimée au tronc, ce rétrécissement alterne avec une dilatation. Ces variations de diamètre surpassent, tant en durée qu'en intensité, les mouvements vasculaires rhythmiques qui s'observent chez les animaux sains.

3° Quand l'état fébrile a duré plusieurs jours, ou bien lorsque les animaux sont très-affaiblis, les dilatations vasculaires, sponta-

nées ou provoquées par divers moyens, sont d'une durée et d'une intensité moins considérables.

4° Pendant la dilatation des vaisseaux, on constate distinctement une pulsation dans les branches principales, ce qui n'a plus lieu en dehors de l'état de dilatation.

Les mêmes phénomènes vasculaires, c'est-à-dire, pâleur par suite de rétrécissement vasculaire et rougeur avec pulsations, s'observent aussi pendant la chaleur fébrile, bien que d'une manière moins nette, à la partie inférieure, non poilue, de la conque auriculaire des chiens.

Les observations faites sur les vaisseaux de la rétine n'ont pas donné de résultat décisif.

L'auteur considère ces expériences comme démontrant directement, et pour la première fois, que *pendant la chaleur fébrile il n'existe ni paralysie ni tétanos permanent des vaisseaux.*

C'est la même conclusion que celle à laquelle Heidenhain est arrivé par une autre voie et qu'il a formulée en disant : « Il existe des circonstances pathologiques dans lesquelles l'excitabilité des nerfs vaso-moteurs, en particulier ceux des artères cutanées, est augmentée d'une façon anomale » (*Pflüger's Arch.* V, 110). Mais Senator ne pense pas qu'en se fondant sur ses expériences Hüter soit autorisé à édifier une nouvelle théorie de la fièvre. Il ne voit dans l'opinion de ce dernier qu'une confirmation de celle qu'il a émise il y a plusieurs années, et d'après laquelle, pendant la fièvre, il se produirait, de temps en temps, une diminution de la chaleur perdue, grâce à la contraction des vaisseaux cutanés.

Encouragé par les expériences de V. Wittich, Liebreich et autres, sur la possibilité d'extraire des ferments au moyen de la glycérine, et par celles de E. H. Müller sur l'action de la lymphe de glycérine, l'auteur a déjà, depuis longtemps, traité des liquides contenant du pus (notamment des crachats) à l'aide de la glycérine, et il a obtenu ainsi une glycérine pyrogénique efficace.

Ce liquide, injecté sous la peau en assez grande quantité, produit une augmentation thermique rémittente de plusieurs jours. Cette élévation de température va jusqu'à 20° au-dessus de l'état normal; mais il ne se produit en même temps qu'un dérangement très-léger dans l'état général (soif, diarrhée modérée), et au niveau de l'injection il n'y a ni inflammation locale ni abcès. Dans cet extrait de glycérine, Senator n'a constaté au microscope que peu ou point de micrococcus. On voit donc, comme Hüter, d'ailleurs, l'admet lui-même, que la production de la fièvre n'est pas nécessairement liée à la présence de ces éléments. Klebs (*Centralbl.*, 1871, p. 618), et Tiegel (*Centralbl.*, 1872, p. 216), ont exprimé une opinion analogue, et il résulte même de l'expérience faite par Klebs sur l'effet pyrogénique du lait de vache frais (*Centralbl.*, 1868,

p. 417), que pour produire une température fébrile, la coopération des micrococcus n'est nullement nécessaire. G. H.

Essai sur la fièvre, à propos de la pneumonie traitée par la digitale, par le Dr E. WEIL. (*Thèse de doctorat, Paris*, 1872.)

Quand l'homme passe brusquement de l'état de santé à l'état de maladie, un des indices les plus ordinaires des atteintes portées à l'organisme par la cause morbide est le développement de phénomènes particuliers et caractéristiques, dont l'ensemble constitue la fièvre. Cela est tellement vrai, pour la pneumonie en particulier, que presque tous les médecins la croient constante et presque indispensable dans cette affection. La fièvre est du moins contemporaine de l'inflammation pulmonaire, si elle ne la précède pas. La fièvre, a dit un des savants professeurs de l'école de Strasbourg, M. Hirtz, la fièvre n'est-elle réellement qu'un reflet de l'inflammation ou n'est-ce là qu'un préjugé d'école ? L'observation prouve que, dans la pneumonie, la fièvre est au moins contemporaine de la lésion, que quelquefois elle la précède et qu'ordinairement même, dans le décours spontané de la maladie, elle cesse avant la lésion locale. Elle est comme l'incendie qui, né d'une étincelle, développe à son tour la chaleur et le vent qui achève le travail destructeur.

Ainsi donc, comme le fait très-judicieusement remarquer le docteur E. Weil, la fièvre n'est pas seulement un danger, elle est le danger lui-même. C'est un ennemi qu'il faut combattre. Le vaincre, c'est écarter certainement un des plus graves accidents de la maladie.

Si la chaleur est un agent indispensable à l'activité de la vie, l'excès devient un agent toxique qui a sur l'organisme une action d'autant plus funeste qu'elle dure plus longtemps et toujours avec la même intensité. Que la fièvre soit violente, que la température reste élevée matin et soir sans rémission notable le matin, que cet état dure plusieurs jours, le malade s'usera, s'épuisera, ses organes subiront la dégénérescence graisseuse ; le cœur, les muscles, le foie, les reins en seront atteints et le malade mourra au milieu d'accidents convulsifs ou d'un coma profond. Telles sont les prémisses posées par M. Weil dans son intéressant travail, et, il est aisé d'en tirer la conclusion suivante : c'est que les indications les plus essentielles dans le traitement de la pneumonie à appareil fébrile intense sont la diminution de la fréquence du pouls et l'abaissement de la température pour arrêter la dépense, la désassimilation.

Or, il est aujourd'hui bien établi que, dans la fièvre, les combustions sont augmentées ; que l'excès de chaleur ainsi produit, ne se perdant pas dans le milieu ambiant, s'accumule dans l'organisme grâce à un trouble nécessaire du système producteur et régulateur de la chaleur animale. En s'appuyant sur les mémorables expériences de M. Claude Bernard, l'auteur place dans le grand sympathique la

cause de ce défaut d'équilibre entre la chaleur interne et la chaleur externe. « Son action physiologique, dit-il, n'est plus régulatrice, ni des combustions internes, ni de l'élimination de la chaleur interne formée ; cette dépression a pour résultat ultime une accumulation de chaleur dans l'organisme, c'est-à-dire de la fièvre. » Ainsi, pour M. Weil, le grand sympathique serait donc, non pas la cause, mais bien le siége de la fièvre, abstraction faite de toutes les causes inflammatoires, infectieuses, contagieuses, psychiques, irritatives qui la font appeler ou traumatique, ou typhoïde, ou varioleuse, etc.

Traiter la fièvre se réduirait donc à exciter le grand sympathique. Or, le docteur Legroux, en s'appuyant sur les expériences physiologiques et chimiques des auteurs, n'a-t-il pas démontré que la digitale à dose thérapeutique agit tout d'abord sur le grand sympathique en l'excitant. Le spécifique de la fièvre serait donc la digitale. C'est pour arriver à cette conclusion que M. Weil a cru nécessaire de poser en trente pages les importantes prémisses dont nous venons de donner un rapide aperçu.

« Pour nous donc, dit-il en terminant cet intéressant chapitre, dans toute maladie où le danger viendra de l'état fébrile, la digitale sera indiquée. C'est un médicament énergique qui, comme tous les vrais médicaments, demande à être manié par des mains habiles et prudentes. »

Restait à prouver la vérité de cette assertion, et pour ce faire, le docteur Weil invoque, en premier lieu, l'autorité des auteurs compétents : Horack, Rasori, Tomasini, Borda, Fouzago, Duclos (de Tours), Gallard, Leriche, Lelion, Legroux, qui ont préconisé l'emploi de cet agent et, d'autre part, il fait suivre ces preuves empruntées à l'expérience d'autrui d'une nouvelle confirmation puisée dans la pratique du professeur Hirtz. Ce sont trois observations de pneumonie recueillies à la clinique de ce maître distingué. Ces faits cliniques, soigneusement observés, semblent, en effet, autoriser l'auteur à conclure que la digitale en s'adressant directement au grand sympathique l'excite et devient ainsi le spécifique de toute fièvre.

Ainsi se termine l'intéressant travail de M. Weil qui, en s'appuyant sur des données parfois discutables, n'en établit pas moins la vérité d'un fait admis aujourd'hui par tous, à savoir : les propriétés antithermiques de la digitale. Mais ce médicament n'est pas plus un spécifique qu'il ne constitue le seul moyen de combattre la fièvre, quelles qu'en soient la nature et la cause, et nous regrettons que M. Weil se soit laissé emporter par son enthousiasme pour un remède dont il avait apprécié les heureux effets, et qu'il ait omis de comparer son action à celle des nombreux agents de la médication antiphlogistique, ou mieux encore, antipyrétique. Cette étude comparative qui eût exigé, sans doute, de longues et patientes recherches a pu effrayer M. Weil, mais nous espérons que l'instigateur

de ce travail ne reculera pas devant une pareille tâche que son savoir lui rend plus facile. LABADIE-LAGRAVE.

Fermentation. — Putréfaction. — Septicémie. (*Voir R. S. M., p.* 424.)

Nous allons continuer à mettre le lecteur au courant des nouveaux travaux sur ces questions. Mais les problèmes qui se groupent autour d'elles sont si nombreux, que bien des analyses disséminées dans les autres parties de la *Revue* s'y rattachent plus ou moins directement.

Aussi, quand il en sera temps, reprendrons-nous toutes ces recherches pour faire disparaître, s'il est possible, un certain nombre de contradictions et indiquer le résultat des efforts qui se produisent en ce moment dans tout le monde scientifique.

Sur l'altération spontanée des œufs. Note de M. M. GAYON. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences,* 27 *janvier* 1873.)

L'auteur est arrivé à des résultats opposés à l'opinion généralement admise, d'après laquelle : les œufs non agités se conserveraient sans fermenter ni pourrir; les œufs agités s'altéreraient toujours en moins d'un mois, sans présenter la trace d'êtres organisés, végétaux ou animaux.

D'après ses recherches, les œufs non agités ou agités peuvent s'altérer; toutes les fois qu'ils restent sains, il a été impossible de découvrir en eux la moindre trace d'organismes; au contraire, toutes les fois qu'ils se sont putréfiés, la présence de nombreux organismes microscopiques (vibrioniens) a été un fait constant. La putréfaction des œufs se fait donc sous les mêmes influences que les autres putréfactions proprement dites. Quant à l'origine de ces organismes microscopiques, M. Gayon émet l'hypothèse que leurs germes pourraient bien préexister dans les œufs susceptibles de s'altérer, et qu'ils seraient apportés du dehors dans l'oviducte de la poule.

M. D.

Observations relatives à une note de M. GAYON sur l'altération spontanée des œufs, par M. A. BAIS. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 24 *février* 1873.)

Des recherches faites par l'auteur, il résulterait que, dans la putréfaction des œufs, interviendraient des organismes microscopiques présentant des cellules en chapelet et des spores; c'est un cryptogame dont les spores, venus de l'extérieur, auraient pénétré au travers de la coque. M. D.

Zur Histologie des Menschenblutes. Kleine sich nach allen Richtungen hin bewegende Körperchen als constante Bestandtheile des normalen Menschenblutes (Sur l'histologie du sang humain. De la présence constante dans le sang normal de corpuscules mobiles en tous sens), par Ed. NEDSVETZKI. Comm. préalable. (*Centralbl.*, *n°* 10, 1873, *p.* 147.)

L'auteur rappelle d'abord que beaucoup d'observateurs ont signalé dans le sang, outre les corpuscules rouges et blancs, d'autres particules élémentaires. Zimmermann, Hensen, Max Schultze, Kühne, les ont décrites comme des parties normales. Plus récemment, Lostorfer les a regardées comme propres à la syphilis ; ce sont les microzymas de MM. Béchamp et Estor. Bettelheim a décrit trois sortes de ces corpuscules : 1° des corpuscules punctiformes visibles à un grossissement de 650 diam. ; 2° des corps semblables visibles seulement à un grossissement de 1500 diam. ; 3° des corps bacillaires ayant la moitié du diamètre d'un globule rouge.

Voici, d'après E. Nedsvetzki, ce que l'on observe dans le sang frais chez l'homme sain.

A l'aide d'un grossissement de 900 à 1000 diam., on trouve entre les globules blancs et rouges de petites cellules rondes qui ont environ la grosseur d'un noyau de globule blanc.

On ne peut y reconnaître aucune structure; mais elles se meuvent sur elles-mêmes et se déplacent dans le champ de la préparation. La présence de ces petits éléments serait constante et tout à fait normale. Aussi l'auteur propose-t-il de désigner ces particules sous le nom de granules du sang « *Blutkœrnchen* » ou *hæmococcus*.

Lorsque les filaments de fibrine se forment dans le sang soumis à l'examen, ces granulations se fixent sur les fibrilles, qui prennent ainsi un aspect noueux.

Un examen prolongé de la préparation fait apercevoir, en outre, d'autres corpuscules microscopiques d'une forme moins définie, dont le nombre augmente peu à peu. Quelques-uns d'entre eux ont l'apparence des noyaux des globules blancs, d'autres forment des amas de 2—5. Ces granules sont ronds, anguleux, bacillaires, ellipsoïdes ou punctiformes.

L'étude des altérations que les corpuscules blancs subissent sous le microscope montre clairement que la plupart de ces petits éléments ne reconnaissent pas d'autre provenance.

Dans le sang frais il existe toujours un certain nombre de globules blancs non amiboïdes, diffluents, desquels se détachent un certain nombre de petits fragments. Ce sont ces derniers qui fournissent les éléments que l'auteur vient de décrire. Ces globules blancs diffluents sont toujours très-abondants dans le pus.

Cependant presque tous les globules blancs offrent, dès le début, des mouvements amiboïdes qui durent quarante-huit heures et peu-

vent s'observer dans la chambre humide pendant trois à quatre jours. Dans tous les éléments blancs, on remarque un à trois espaces arrondis, colorés légèrement en rouge et qui ont été considérés par beaucoup d'auteurs comme des vacuoles. Ces espaces disparaissent, puis redeviennent visibles pendant les mouvements des globules blancs, mais non d'une manière aussi régulière que cela se montre dans les vacuoles contractiles des amibes et des organismes inférieurs. Pendant ces mouvements, on voit aussi se détacher de la masse du globule de petits fragments qui contribuent aussi à former les petits éléments décrits par l'auteur. Si une partie plus grande se détache de la masse principale, elle prend une forme sphérique, et, au bout de quelque temps, on y voit les mêmes mouvements amiboïdes que dans le globule blanc lui-même.

Lorsque les mouvements amiboïdes ont cessé dans les globules blancs, ces éléments prennent la forme d'une cellule arrondie. Leurs granulations commencent alors à présenter un mouvement moléculaire énergique. Au bout de quelques heures (5-12), il se forme à la périphérie de l'élément une zone brillante, le globule prend ainsi l'apparence d'un petit cyste ou d'une goutte d'huile. Le nombre des granules diminue peu à peu, leur contour devient plus net, leurs mouvements ressemblent plus à des mouvements spontanés, plusieurs d'entre eux pénètrent dans l'espace brillant et se meuvent là en tous sens. Deux fois l'auteur a vu quelques-uns de ces granules sortir du globule blanc altéré sans laisser la moindre trace de leur passage. Ces particules se meuvent alors dans le sérum sanguin de la même manière que les granulations du sang (hæmococcus) décrites plus haut.

La diminution progressive des granulations ne tarde pas à donner au globule blanc l'apparence d'une véritable goutte d'huile.

A côté des formes qui viennent d'être décrites, on trouve encore dans le sang frais des corpuscules granuleux qui ont les caractères des corps de Gluge. Ils sont plus sphériques, moins altérables que les globules blancs normaux et ils n'offrent jamais de mouvements amiboïdes ni d'altérations de forme telles que celles que l'auteur a observées dans les autres globules blancs.

(Rapprochez ce travail de celui de Riess, an. in., *Rev. sc. méd.*, p. 102.) G. H.

Beitrage zur Kenntniss der Micrococcen (Contributions à l'étude du micrococcus), par E. KLEBS. (*Archiv. f. experim. Pathologie und Pharmacologie.*, *vol. I, p.* 31. — 1873.)

Ce nouveau mémoire de Klebs a principalement pour objet l'étude du *microsporon septicum* qui avait déjà été l'objet d'intéressantes recherches de sa part, exposées dans son travail sur les plaies par armes de guerre (Voir l'analyse de ce travail plus haut

à la *Path. externe*). Mais abordant la question dans son acception la plus générale, il tire parti de son sujet pour traiter plusieurs points de l'histoire des autres sortes de microzymas que l'on rencontre dans des états pathologiques analogues.

La première partie de cette communication est toute expérimentale ; elle traite des conditions du développement de ces organismes inférieurs dans les milieux animaux, et des preuves de leur influence sur les états pathologiques où on les observe.

La seconde donne l'exposé des recherches micrographiques qui ont permis à Klebs d'observer directement l'évolution des spores et de leurs composés; elle traite par conséquent de la nature et de l'origine de ces corpuscules végétaux.

L'influence des microzymas sur la production d'états pathologiques, démontrée par Davaine, pour les bactéries du sang de rate, par Chauveau et Burdon-Sanderson, pour le virus de la vaccine, avait déjà été l'objet d'un travail entrepris et publié par Tiegel, avec les indications et sous la direction de Klebs lui-même (*Corresp. Blatt. f. Schweizer Aertze*, 1871, p. 275, et : *Ueber die fiebererregende Eigenschaft des microsporon septicum*. Diss., Bern, 1871). Ce médecin, étudiant comparativement le sérum filtré à travers des vases en terre poreux des liquides charbonneux et des liquides séptiques, avait observé que le premier était totalement inactif, tandis que le second déterminait, quand il était injecté dans les tissus, un accès fébrile très-léger et passager. Ce dernier fait peut s'expliquer en admettant ou une filtration incomplète ou mieux l'action pyrogène, mais non septique, de produits de régression contenus et dissous dans le sérum filtré et introduits avec lui dans la circulation.

Quant au résidu, lavé plusieurs fois avec soin, puis inoculé, il détermine aussitôt les troubles spécifiques des maladies charbonneuses dans un cas, des affections septiques dans l'autre, ainsi que Tiegel et après lui Sapalski pensent l'avoir démontré. (Würzburg, Verh., 1872.)

L'action du microsporon septicum étant ainsi prouvée, restait à chercher si les spores se développaient dans l'organisme, aux dépens de germes préexistants dans les milieux ou d'individus apportés de l'extérieur.

Le fait intéressant de la présence des spores infectants au milieu des lésions d'une ostéomyélite spontanée, avait d'abord fait incliner Klebs vers la première de ces opinions. Les expériences de Lüders et d'Hensen (*Arch. f. mikr. Anatomie*, v. III, p. 318), changèrent presque cette probabilité en certitude et déterminèrent l'auteur à rechercher directement si, dans le sang d'animaux parfaitement sains, placé dans les conditions les plus favorables à la reproduction de ces microzymas, mais absolument préservé de toute cause directe

d'infection, on n'observerait pas le développement du microsporon.

Voici en résumé son procédé d'exploration :

Un long tube en verre, effilé et ouvert à ses extrémités, est nettoyé avec les précautions usitées en pareil cas, chauffé à 160° pendant plusieurs heures, puis fermé à la lampe dans l'étuve même. Une de ses extrémités effilées, soigneusement lavée à l'acide phénique, est rapidement introduite par la jugulaire jusque dans le cœur et brisée là par un choc. Le sang pénètre dans le tube dont l'air avait été raréfié par la chaleur; on retire la pointe et on la ferme derechef et aussitôt à la lampe. On recueille ainsi le sang d'un chien en bonne santé et celui d'un chien récemment amputé d'un membre : de chacun des tubes ainsi obtenus, on peut alors à volonté séparer au moyen d'une lampe de verrier des segments ampullaires que l'on place dans une étuve chauffée à 31° ou 40° pendant un temps plus ou moins long et les examiner ensuite comparativement. Disons, dès à présent, que cette opération est sans danger pour les animaux, et qu'après les avoir sacrifiés Klebs n'a jamais pu retrouver les traces du fragment brisé de la pointe de verre ni dans le cœur ni dans les poumons.

Le contenu des tubes se coagule bientôt, puis redevient fluide; les globules sanguins se dissolvent, puis le liquide se trouble par la production d'abondantes cristallisations. Quand on les ouvre, la coloration du sang change et devient violacée.

Les tubes mis à l'étuve ont présenté à Klebs des différences très-importantes dans leur contenu. Le sang provenant de chiens bien portants ne montra, dans un grand nombre d'expériences, que des cristaux sanguins moins nombreux en été qu'en hiver. Celui qui avait été fourni par des chiens atteints de fièvre traumatique, renfermait constamment des bactéries, des vibrions en mouvement, des spores diverses et des agglomérations de zoogloca; en revanche, il contenait bien moins de cristaux.

Ces expériences paraissent donc annihiler entièrement le résultat des observations de Hensen, et prouver qu'il n'existe aucune espèce de mycrozymas dans le sang à l'état normal; les spores n'y apparaîtraient que dans certains états morbides produits par leur importation et leur multiplication ultérieure dans l'organisme.

La seconde partie de ce travail a pour objet l'examen direct du processus suivant lequel le microsporon septicum se développe et se reproduit. Pour isoler les individus et suivre les diverses phases de leur évolution, Klebs a dû multiplier les précautions. Il s'est surtout servi, dans ses observations, des chambres à objet de Recklinghausen un peu modifiées, qui permettent le contact de l'air avec les liquides que l'on étudie. La présence de l'oxygène est, en effet, une des conditions de nutrition de ces microzymas.

Ces chambres en verre étaient adaptées à un porte-objet spécial

capable d'être chauffé et maintenu à une température constante, mesurée par des thermomètres qui y étaient annexés. Des précautions minutieuses étaient prises pour le nettoyage des verres et des pièces principales de l'appareil. Comme terrain d'observation, l'auteur a choisi la colle de poisson fluidifiée par la température constante à laquelle devait se faire l'examen. L'objet d'étude lui-même, les corpuscules du microsporon, étaient nettoyés par filtration, puis par un séjour plus ou moins long dans des liquides végétaux indemnes de tout corps étranger, et enfin déposés au sein ou sur les bords de la solution gélatineuse. Klebs visait alors un corpuscule isolé, fixé pour ainsi dire au milieu du liquide épais et aéré qui servait à sa nutrition, et pouvait, renouvelant ses observations d'heure en heure, assister à toutes les phases de l'opération qu'il désigne lui-même sous le nom de *culture du micrococcus*. — Il a représenté sur de belles planches les phénomènes qu'il a suivis de l'œil, et qui correspondent à des époques déterminées de ses observations. Quelque intéressantes que celles-ci puissent être, nous devons passer sur leurs détails et arriver aux conclusions qui en ressortent et que l'auteur en a tirées.

1° La prolifération a pour point de départ les bactéries, bâtonnets immobiles, qui paraissent se diviser longitudinalement en filaments; ces scissions très-multipliées déterminent la production de groupes de bactéries, affectant une disposition radiée ou fasciculée;

2° Quand la prolifération s'active, les bactéries mêmes disparaissent dans chaque groupe; on ne voit plus qu'une masse granuleuse qui a d'abord à sa circonférence un aspect villeux. Bientôt cette masse se divise en gros globules arrondis, dont les uns restent agglomérés, les autres se séparent de la masse primordiale qui présente toujours des extrémités irrégulières plus ou moins aiguës. Les masses isolées, arrondies, sont désignées par Klebs sous le nom de *boules plasmatiques granuleuses ;*

3° Celles-ci continuent à grandir, et bientôt leur contenu présente deux ordres de produits dont l'un n'est autre chose que des colonies de bactéries, l'autre est formé de boules moins nombreuses, plus petites, d'un aspect homogène, d'une coloration jaunâtre et d'un éclat un peu mat. La propriété qui distingue ces masses protoplasmiques jaunes, est celle qu'elles possèdent de pousser des expansions sarcodiques, analogues à celles des amibes, et de présenter des contractions et des mouvements fort lents, mais positifs. On peut désigner ce corps sous le nom de *corps pigmentaires contractiles ;*

4° Dans une quatrième période, les boules des deux ordres se fondent en une masse homogène, dans laquelle on ne distingue plus ni corps pigmentaires ni colonies de bactéries. Ce processus débute par un départ des bactéries de la couche périphérique des colonies : elles vont se fixer à la surface des corps jaunes par une

série de mouvements obscurs et lents, et s'y transforment en une couche de plasma homogène où les corps pigmentaires eux-mêmes finissent par se dissoudre ;

5° Cette couche homogène peut devenir le point de départ de nouvelles proliférations en tout semblables à celles qui s'étaient produites aux dépens des germes primitifs.

Les spores qui sont la cause productrice des infections générales, peuvent quelquefois subir des modifications vraiment surprenantes. L'auteur a pu vérifier la transformation de ces organismes en cellules gigantesques dans la variole.

Schüppel a indiqué l'existence de ce même processus dans le tubercule, et Koster l'a signalée dans les fongosités des tumeurs blanches. Ainsi les parasites deviendraient cellules de l'organisme où ils se sont fixés.

L'auteur mentionne ensuite plutôt qu'il n'expose les recherches auxquelles il s'est livré sur le micrococcus de la diphtérie. Les résultats qu'il a obtenus ont beaucoup différé de ceux que lui a donnés l'étude du microsporon septicum. Il ne croit pourtant pas devoir entrer dans le détail de ses expériences et réserve ce sujet pour être traité dans un prochain article.

Enfin, dans une note, Klebs mentionne le mémoire de F. Cohn et le travail de Schrœter sur les pigments produits par les bactéries. (*Beit. z. Biologie der Pflanzen*, par F. Cohn ; Breslau, 1872.)

Il se range à l'opinion de Cohn en réservant toutefois son avis sur le point de savoir si les bactéries sont ou non des rhizopodes. Il maintient aussi l'identité d'espèce des bactéries en bâtonnets et de celles en colonies. Il les confond sous la dénomination de *microbactéries* et leur assigne les caractères communs que voici : cellules incolores, très-petites, arrondies ou ovales (micrococcus), qui se réunissent en amas (zoogloea). Dans l'intérieur de ces agglomérations se forment les bactéries qui peuvent devenir libres et présenter alors des mouvements.

PAUL BERGER.

Sur la septicémie, par M. VULPIAN. (*Soc. de Biologie*, 14 *déc.* 1872, *Gaz. méd.*, 1873, *n°* 3.)

M. Vulpian (Voir *R. sc. m.*, note de la page 436) confirme les résultats de MM. Coze, Feltz et Davaine sur les inoculations de matières septiques excessivement diluées. Il n'a cependant rien obtenu avec une dilution au billionième. Son premier lapin reçut par injection sous-cutanée deux gouttes du sang d'un homme atteint de gangrène pulmonaire ; l'animal mourut la vingtième heure, il avait déjà des bactéries dans le sang pendant les dernières heures de sa vie. Le deuxième lapin fut inoculé avec de la sérosité pleurale de cobaye : il vécut vingt heures. Le troisième lapin reçut du sang du

second, dilué au cinquantième : il mourut la vingt-quatrième heure. Le quatrième lapin reçut du sang du troisième, dilué au centième et vécut vingt-trois heures. Le cinquième lapin fut inoculé avec une dilution au millionième et survécut cinquante-deux heures. Enfin, le sixième, inoculé au billionième, c'est-à-dire avec un liquide très-pauvre en bâtonnets et granulations, présenta de la leucocytose, mais finit par se rétablir.

Chez les divers animaux autopsiés, M. Vulpian a noté un œdème localement de la piqûre, et dans cet œdème une multitude de bactéries, même dans les cas où ces vibrions étaient encore rares dans les liquides généraux.

Il y avait aussi d'autres altérations, telles que : épanchements dans les séreuses, congestions des poumons et autres viscères, mais pas d'infarctus, comme cela arrive quand on injecte directement la matière septique dans les veines.

M. Vulpian rappelle que la cyclamine appliquée sur l'œsophage des grenouilles les tue en quelques jours ; il pense que l'épithélium altéré donne lieu à la formation des vibrions qui passent dans le sang où on les retrouve et auquel ils donnent une virulence marquée.

C'est sans doute aussi parce que le mucus qui enduit les piquants des nageoires de certains poissons contient des bactéries, qu'il est fréquent de voir les piqûres occasionnées par ces animaux donner lieu à de graves accidents locaux et généraux. L. H. F.

Nouvelle communication sur la septicémie, par M. DAVAINE. (*Bull. acad. de méd.*, 24 *décembre* 1872 *et* 28 *janvier* 1873.)

Une lettre de M. Davaine, datée du 24 décembre, annonce à l'Académie les nouveaux résultats que l'expérimentateur développe le 28 janvier.

Il n'accepte pas les objections qui ont été faites à sa manière d'envisager la septicémie. C'est toujours pour lui une putréfaction accomplie pendant la vie, la putréfaction elle-même étant une fermentation. D'autre part, il réfute l'assertion d'après laquelle le sang d'un malade quelconque tue souvent les lapins. Il montre par des faits que cet animal, au contraire, résiste à un grand nombre d'inoculations.

Le lapin doit devenir le réactif de la septicémie, et, d'après des centaines d'expériences, on peut affirmer que la réaction est constante.

Cela posé, de nouvelles expériences établissent que la *gangrène* diffère de la putréfaction.

Le sang d'une partie gangrénée n'est pas aussi virulent que celui d'un animal septicémique. Parmi les observations qui prouvent que, chez l'homme aussi, le sang est plus septique que la matière sep-

tique elle-même, celle de M. Lancereaux sera reproduite plus loin.

Dans la note du 24 décembre, nous relevons encore les renseignements suivants :

Un litre de saumure à la dose de 100 grammes par jour a suffi pour tuer un mouton, et le sang de ce mouton a tué des lapins à la dose de 1 dixième de goutte et de 1 millionième de goutte. Ce fait prouve à la fois, pour M. Davaine, que la saumure contient un virus septique et que la septicémie n'épargne pas les grands animaux.

D'autres expériences ont fait voir que le sang des animaux septiques pris pendant la vie tue le lapin auquel on l'inocule, à la dose de 1 millionième de goutte.

Ce fait a donné l'idée à l'expérimentateur d'utiliser le lapin pour rechercher la nature des maladies septiques chez l'homme.

Jusqu'à présent ces recherches n'ont porté que sur une seule maladie, la fièvre typhoïde.

Les observations indiquées dans la séance du 24 décembre sont développées dans celles du 28 janvier.

Tigri avait déjà signalé en 1863 l'existence d'infusoires du genre *bacterium* dans le sang d'individus atteints ou morts de fièvre typhoïde. Coze et Feltz (*Recherches expérimentales*, 1866) ont reconnu que le sang typhoïde humain est capable de déterminer chez les lapins des désordres pathologiques et la mort, et l'espèce de bactérie spéciale au sang typhoïde qu'ils ont trouvée rappelle le *bacterium catenula*.

Ces expérimentateurs ont fait plus. Le sang des premiers lapins inoculés leur servit à injecter d'autres animaux de même espèce, et ainsi furent reproduites successivement des générations nombreuses de bactéries.

M. Davaine a vérifié l'exactitude de ces observations; mais il reproche à MM. Coze et Feltz « de n'avoir pas cherché, dans leurs expériences, à établir que la fièvre typhoïde est une putréfaction de même ordre que la putréfaction universelle. » Ce fait ne peut se démontrer, pour M. Davaine, qu'à la condition de faire des injections à dose infinitésimale.

Voici comment on opère :

Le sang pris chez le malade, soit d'une veine, par la seringue de Pravaz, soit d'une piqûre de la pulpe du doigt, est mêlé immédiatement avec une certaine quantité d'eau, et l'injection est pratiquée sous la peau de la partie postérieure du cou.

L'injection est suivie d'œdème, et dans la sérosité de cet œdème on voit des myriades de bactéries. M. Davaine en conclut que le premier effet de l'inoculation est de reproduire le virus sur place : « de là ce virus ou les bactéries pénètrent dans la circulation générale. Il importe donc de ne pas pratiquer l'inoculation dans un

espace limité comme l'est un membre, car il importe que le résultat final soit la mort de l'animal inoculé (1). »

Les observations citées à l'appui de ces propositions établissent que le sang des malades atteints de fièvre typhoïde tue les lapins dans l'espace de quelques jours à un mois; puis, que le sang de ces lapins se comporte comme le sang septicémique.

Ces faits prouvent, pour l'expérimentateur, la nature septique de la fièvre typhoïde. De plus, dans les générations successives du virus obtenues par l'inoculation aux lapins, il n'a reconnu, entre la septicémie typhoïde et celle produite par l'inoculation de matières organiques putréfiées, aucune différence, soit dans les phénomènes, soit dans la marche, soit dans l'issue de la maladie.

L'inoculation, cependant, est beaucoup plus longue dans le premier cas que dans le second; mais cette particularité n'est pas spéciale à la fièvre typhoïde.

Cette communication de M. Davaine a pour complément l'observation suivante.

G. H.

Sur un cas de gangrène pulmonaire suivie de mort par septicémie, par le Dr E. LANCEREAUX. (*Arch. gén. de Méd., mars* 1873.)

Gangrène du poumon droit; Hémoptysie et phénomènes de septicémie. — Intoxication palustre ancienne. — Malade âgé de 21 ans; trois ans auparavant : fièvre intermittente, dont il fut débarrassé au bout de 6 mois. A la fin d'août dernier, à la suite d'excès de boisson, il fut pris d'un point douloureux dans le côté, de toux, puis de malaise général, d'expectoration jaunâtre et une fois sanguinolente, de sueurs nocturnes. Le 16 septembre, à son entrée à l'hôpital, on remarque que ses crachats sont fétides et que le tiers inférieur du poumon droit, mat à la percussion, est le siége d'un souffle peu étendu, mais creux. Au mois d'octobre, le mouvement fébrile s'accentue, oscillant, dans les jours et le mois suivants, entre 38,2 et 39, il survient de la diarrhée et des vomissements, les sueurs nocturnes deviennent très-abondantes; l'état général s'aggrave, le malade a des hémoptysies et des épistaxis dans les derniers jours de la maladie qui sont marqués par une exacerbation de tous les symptômes; et il meurt le 23 septembre, au milieu d'une adynamie prononcée.

A l'autopsie, on constate dans le lobe inférieur droit un grand nombre d'excavations remplies, d'un magma gangréneux, dans le lobe inférieur gauche des infarctus suppurés, et dans les cavités cardiaques, des caillots fibrineux et du sang coagulé.

Inspiré par les recherches de M. Davaine, M. Lancereaux plaça, malheureusement après la mort du sujet, une goutte du sang extrait du cœur droit sous la peau d'un lapin, et inocula à un autre lapin une goutte de la partie la

(1) M. Davaine, en assimilant constamment et absolument le virus à un liquide infecté de bactéries et en attachant une importance capitale à l'inoculation de ce virus à un endroit plutôt qu'à un autre, renverse les notions acquises par la clinique sur les virus, et, de plus, il préjuge une question qui est encore entourée, ainsi qu'on peut le voir par l'analyse des travaux actuels, de la plus profonde obscurité.

plus liquide du magma pulmonaire. Le dernier continua à bien se porter, mais le premier mourut au bout de 24 heures, et l'autopsie ne fit découvrir aucune lésion dans les organes, mais dans le sang une multitude de granulations moléculaires animées de mouvement brownien, des granulations immobiles et quelques bâtonnets peu mobiles. Le sang de ce lapin fut inoculé à des doses de plus en plus faibles, par M. Vulpian, à des lapins et à des cobayes qui, pour la plupart, périrent rapidement. MM. Bouley et Davaine répétèrent les mêmes expériences, et deux lapins inoculés, l'un avec un millième, l'autre avec un millionième de goutte, périrent rapidement.

Il résulte donc de ces expériences que le sang d'un malade mort de gangrène pulmonaire devient un agent toxique même à des doses très-faibles; et la preuve que le sang d'un cadavre quelconque ne peut produire les mêmes effets, c'est que l'inoculation plusieurs fois répétée à des lapins, de sang pris sur des malades morts de différentes maladies, ne peut produire aucun accident mortel. Dans le cas dont il s'agit, les phénomènes de septicémie se sont surtout accusés après les hémoptysies, c'est-à-dire après les ruptures des vaisseaux, qui ont dû singulièrement favoriser l'absorption des agents septiques renfermés dans le magma gangréneux.

Pour M. Lancereaux, l'évolution de la maladie peut être résumée en ces termes : « Pneumonie scléreuse avec dilatation bronchique et plus tard gangrène pulmonaire; absorption du produit gangréneux à la suite d'une hémoptysie; altération du sang et phénomènes septicémiques résultant de cette altération qui a fini par amener la mort. »

HENRI HUCHARD.

Communication sur la septicémie, par M. BOULEY. (*Bull. acad. de Méd.*, 21 *janvier.*)

M. Chassaignac, dans la séance du 14 janvier, avait cherché à montrer, dans un discours plein de remarques critiques intéressantes, qu'il est impossible de parler des différents degrés d'un même virus et que la raison se refuse à concevoir l'efficacité des doses employées par M. Davaine.

M. Bouley, après l'étonnement du premier moment, ne s'est pas borné au raisonnement, il a répété les expériences de M. Davaine, et il a trouvé, comme lui, que les solutions au billionième et au trillionième sont efficaces.

Puis il a fait des expériences nouvelles pour étudier la septicémie chez les grands animaux. Ces essais, fort instructifs, doivent être lus, pour les détails, dans le texte original.

Il ressort d'une première série d'expériences, que le sang d'un cheval mort d'une septicémie expérimentale possède une *certaine activité virulente* démontrée par la mort de deux lapins et d'un cheval auquel il a été inoculé, et par des accidents locaux très-accusés

chez un second cheval. L'activité virulente de cette septicémie chevaline, démontrée par quatre résultats certains, a paru s'éteindre sur les sujets auxquels cette septicémie a été communiquée, puisque l'inoculation faite à 5 lapins et à 1 cheval du sang des sujets, lapins et cheval morts de l'inoculation septicémique chevaline, est restée sans effet sur ces cinq sujets.

Dans une seconde série d'expériences, on voit que le sang de 2 chevaux morts de septicémie possède une certaine activité virulente, puisque, sur 6 lapins inoculés, 3 sont morts.

Dans ces deux séries on remarque la diminution de l'activité virulente de cette septicémie comparée à celle du lapin.

Une troisième série d'expériences faites par M. C. Leblanc se résume ainsi :

1° L'inoculation de matières putrides de différentes provenances, pratiquée sur 5 lapins et 2 chiens, fait périr 4 lapins, produit quelques symptômes maladifs sur 1 chien, reste sans effet sur les 2 autres sujets.

2° L'inoculation de la septicémie du lapin, pratiquée sur 3 chiens, détermine la mort de l'un, une maladie grave sur un deuxième, et quelques symptômes généraux passagers chez le troisième.

3° L'inoculation de la septicémie du chien, pratiquée sur 1 lapin et 3 chiens, détermine la mort du lapin et quelques symptômes très-passagers sur les 3 chiens.

On voit donc que, si le chien est plus réfractaire que le lapin aux inoculations septicémiques, cependant il n'est pas invulnérable, puisque, sur 3 chiens inoculés avec le sang du lapin septicémique, l'un est mort, l'autre a contracté une maladie très-grave dont il est peut-être mort.

Sur le troisième, l'inoculation a produit peu d'effets.

En faisant des expériences analogues, M. Tillaux a également pu tuer un chien en lui inoculant la septicémie du lapin (1).

Pour M. Bouley, deux faits principaux ressortent de ces premières expériences : c'est, d'une part, l'inoculabilité au chien de la septicémie du lapin ; et de l'autre, un commencement de démonstration que ce n'est pas seulement chez le lapin que l'infection putride se traduit par l'activité virulente du sang.

(1) Dans des expériences que nous avons faites dans le but d'étudier la formation des abcès métastatiques, nous avons pu nous convaincre, après beaucoup d'autres expérimentateurs, que le chien résiste d'une manière étonnante aux injections septiques sous-cutanées, même lorsqu'on emploie des doses énormes. Il se forme dans le lieu de l'injection un abcès plus ou moins considérable, circonscrit, qui contient un pus fétide ; en même temps il se développe quelques symptômes généraux.

Mais si on injecte, avec un liquide putride, une substance irritante capable de donner naissance à un phlegmon diffus ou gangréneux, le chien meurt d'infection purulente avec des abcès métastatiques. C'est du moins ce que nous avons produit deux fois de suite, en ajoutant à une macération anatomique infecte une petite quantité de bromure de potassium et du cinabre porphyrisé. (Voir *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1870, p. 115. On a oublié dans ce compte rendu d'indiquer la composition du liquide injecté.)

Expériences sur la septicémie, par MM. BÉHIER et H. LIOUVILLE. (*Bull. Ac. de méd.*, 4 *février, et Soc. de biol.*, *décembre* 1872, — *mars* 1873, *Gaz. méd.*, 1873.)

Une première série de faits n'est que la répétition des expériences de M. Davaine ; mais on y trouve une description détaillée et fort instructive des symptômes et des lésions de la septicémie expérimentale.

Les expériences ont été faites avec du sang de bœuf et avec la sérosité retirée des phlyctènes de l'oreille d'un lapin inoculé.

Sur deux inoculations de sang de bœuf chauffé à 39°, il y a eu deux morts, l'une en sept jours, avec une goutte sans mélange ; l'autre en sept jours, avec une goutte au 100e.

Une inoculation de seconde génération de dix gouttes au 20,000e a amené la mort en quatre jours ; et sur trois inoculations de sérosité contenue dans les bulles cutanées d'un phlegmon, deux ont été suivies de mort et une n'a rien produit.

Les mêmes expériences ont été tentées avec du sang humain, sans résultat mortel ; mais le lapin est devenu malade, et il s'est formé un phlegmon dans le point inoculé.

La seconde série de recherches porte sur la fièvre typhoïde. MM. Béhier et Liouville ont trouvé dans le sang typhoïde, pendant la vie des malades ou après la mort, de nombreux corpuscules mobiles (arrondis ou en bâtonnets), et ils ont eu la précaution de s'assurer que, dans le sang des individus bien portants, on ne trouve rien de semblable, si ce n'est quelquefois de rares granulations agitées d'un mouvement brownien.

Voici le résumé de ces faits importants :

Sur trois lapins inoculés avec le sang d'un malade, deux ont résisté, l'un à la dose d'une goutte pure, l'autre à celle de dix gouttes d'une solution au 20,000e ; un a été tué par dix gouttes de la même solution en quatre jours.

Le sang du dernier lapin au 20,000e et à la dose de dix gouttes a tué un autre lapin en deux jours. Le jetage de ce même lapin dilué au 20,000e a tué un lapin à la dose de dix gouttes.

Le sang du dernier, pendant la vie, a tué deux autres lapins ; un troisième a résisté à la dose de dix gouttes au 40,000e.

Enfin, d'autres expériences établissent que la sérosité péritonéale et le liquide diarrhéique de ces animaux inoculés sont également septiques à des doses très-faibles.

MM. Béhier et Liouville, encouragés par ces résultats, ont varié alors les conditions de l'expérience.

Des inoculations faites avec le sang putréfié depuis dix jours d'un enfant mort syphilitique ont donné les résultats suivants : deux gouttes ont tué un lapin en trois jours, tandis que trois autres ont

résisté ; deux gouttes du sang du lapin mort en ont tué un autre en huit jours, et trois gouttes de ce second lapin en ont tué un en un jour, tandis qu'une goutte de sang du troisième n'a produit la mort qu'après quarante-six jours.

D'autres essais faits avec le sang de tuberculeux, la sérosité d'érysipèle de la face, la sérosité pleurale extraite par la thoracentèse ; ceux faits avec l'expectoration séreuse d'un malade, avec le sang tiré d'un tubercule de la face d'un individu atteint de syphilide tuberculeuse, toutes ces expériences déjà nombreuses, disent les auteurs, ont donné des résultats à peu près négatifs qui seront communiqués plus tard en détail à l'Académie.

En résumé, ces recherches confirment en partie celles de M. Davaine ; mais elles en diffèrent notablement à plusieurs égards.

Les observations détaillées des animaux mis en expériences, observations qui doivent être lues dans le texte original, montrent que la maladie est plus longue que dans les faits observés par M. Davaine. Chez tous on a trouvé des lésions des divers organes, au lieu de l'absence de lésions que cet observateur a accusée. On a noté surtout un œdème inflammatoire du côté de la face et des oreilles, et un jetage très-marqué par les fosses nasales.

La marche de la température diffère de celle qui a été indiquée par M. Davaine. Ce dernier avait dit que la température de ses lapins était en moyenne de 37°,2, et s'élevait après l'expérience jusqu'à 40° et 41°. MM. Béhier et Liouville n'ont jamais rencontré une température aussi basse.

Jamais le thermomètre, toujours introduit à la même profondeur dans le rectum des animaux, n'a montré avant l'expérience moins de 38°,8 à 38°,9 ; le plus souvent, il marquait 39°,6, 39°,8, 40°. Ordinairement, la température s'est élevée, lors des premiers accidents, à 40°,1, 41° ou même plus, puis elle a baissé à 35° et même 33° et 32° au moment de la mort.

Ces résultats confirment ceux qui ont été trouvés par MM. Coze et Feltz dans des observations identiques, et M. Béhier se plaît à rendre justice à ces deux expérimentateurs qui ont traité cette question d'une manière complète, sauf en ce qui touche les doses infinitésimales.

A l'autopsie des animaux, MM. Béhier et Liouville ont trouvé des altérations du poumon, du foie, de la rate, du péritoine et des intestins, et quelquefois, mais non toujours, un phlegmon local.

Le sang était toujours altéré. Il contenait d'une manière constante des corps arrondis, doués ou non d'appendice caudal, mais animés d'un mouvement vif, et des bâtonnets plus ou moins agités ; les globules blancs et les rouges offraient également des altérations variables. G. H.

Untersuchungen über die Wirkungen der Bierhefe und der in der Pasteur'schen Flüssigkeit enthaltenen Organismen auf den thierischen Körper (Recherches sur l'action de la levûre de bière et des organismes contenus dans le liquide de Pasteur sur les animaux), par L. POPOFF. (*Berliner med. Wochenschr.*, 1872, *n°* 43.)

Dans une première série d'expériences instituées sur des chiens, l'auteur remarqua que des doses de 2 décigr. à 4 gr. de levûre en solution concentrée et injectées dans le sang tuent rapidement les animaux, avec des phénomènes septiques. Des doses plus faibles amenèrent un état typhoïde avec fièvre, mais souvent suivi de guérison. Ce qui prouve que cela ne résulte pas des produits de fermentation contenus dans la liqueur, c'est que l'injection d'un mélange de sucre, d'acide succinique, d'alcool de glycérine et d'eau même, en élevant un peu la température, ne produit pas les mêmes effets.

De même l'on ne peut admettre que ces phénomènes soient le résultat d'oblitérations vasculaires ; en effet, des liquides contenant en suspension du charbon, de la farine, de l'amidon, amènent des phénomènes semblables, mais beaucoup moins intenses et moins prolongés, tandis que l'effet mécanique est plus accentué que dans l'injection de levûre.

Portées dans l'estomac, de grandes quantités (10 gr. chez un chien pesant 2 kil.) ne peuvent qu'augmenter un catarrhe intestinal déjà préexistant.

Les injections sous-cutanées ne produisent que des phénomènes d'inflammation locale.

Les nodules miliaires ou plus gros trouvés souvent dans les organes des animaux en expériences consistaient le plus souvent en une masse à fins noyaux entourés de fibres de tissu conjonctif concentriques, ou d'éléments ayant subi la dégénération graisseuse, mais ne contenant pas d'éléments distinctifs, soit des champignons de la levûre.

L'auteur dit cependant avoir trouvé des cellules de levûre et des pains d'amidon.

Le liquide de Pasteur filtré ou non, injecté dans le sang à la dose de 3 1/2 à 23 cent. cubes, agissait de la même manière que la levûre, seulement un peu plus faiblement. L'action avait son maximum quand le liquide avait séjourné de trois à dix jours en été, ce qui coïncide avec un changement physiologique des organismes de Pasteur. H. CHOUPPE.

Ueber Pilzinjectionen (Sur les injections de cryptogames, bactéries et micrococcus). Comm. préalable par le Dr Max WOLFF, de Berlin. (*Centralblatt*, *n°* 8, *p.* 114, 1873.)

L'auteur fait depuis le mois de mai de l'année dernière des expériences sur l'introduction, dans l'organisme, de liquides contenant

des bactéries et des micrococcus. Il a commencé par répéter les essais qui ont été faits pour obtenir deux liquides dont la composition chimique serait identique, et dont l'un contiendrait seul des champignons microscopiques.

Les méthodes indiquées à ce sujet sont le procédé de filtration de Zahn et la méthode des congélations de Bergmann.

Contrairement aux résultats obtenus par Zahn, Wolff, en se servant, pour ses filtrations, de la machine pneumatique de Bunsen, et en opérant avec des solutions d'acétate d'ammoniaque, de liquide de Pasteur, de sang putride, liquides contenant un grand nombre de bactéries, Wolff, dis-je, a trouvé dans trente essais environ que, dans chacun de ces liquides filtrés, il y avait encore des bactéries et des micrococcus, beaucoup moins nombreux cependant que dans le résidu, mais dont la présence était certaine.

Une partie d'un de ces liquides filtrés déposée dans un verre bouché avec de l'ouate phéniquée empêchant l'entrée de l'air se remplit, en trois à quatre jours, de bactéries et de micrococcus en quantité notable, et c'est là une preuve que ces êtres ou leurs germes devaient préexister dans la partie filtrée. Il faut donc convenir avec Bergmann que les cellules de l'argile des filtres, même à l'exclusion de celles qui, à la loupe, contiennent des pores appréciables, sont incapables d'empêcher le passage des bactéries.

Dans huit essais faits dans le but de mettre à l'épreuve la méthode de congélation de Bergmann, l'auteur a vu qu'après l'action du froid et la formation d'un dépôt les couches claires et superficielles des liquides employés contenaient toujours des bactéries et des micrococcus.

Enfin, toutes les autres méthodes qui ont été indiquées sont incapables, d'après les nombreux essais de Wolff, de fournir un liquide exempt de bactéries.

Dans les expériences dont nous donnons le résumé, on a mis en usage la méthode de Zahn, qui est une des moins imparfaites.

I. — *Injections sous-cutanées chez des lapins.*

D'après Klebs (*Beitræge zur path. Anat. der Schusswunden*, p. 121. V. *l'Analyse plus haut*, p. 559), les masses fongueuses seraient seules capables de produire des suppurations locales et une fièvre continue jusqu'à la mort. La partie filtrée, au contraire, ne déterminerait qu'une fièvre violente, mais passagère; jamais de suppuration locale. Ces différences n'ont pas été aussi considérables dans les expériences de Wolff.

Ainsi sur 6 lapins injectés avec le résidu d'une solution de Pasteur (modifiée un peu par Bergmann), tous les 6 périrent et tous présentèrent une suppuration locale. Sur 6 autres injectés avec la partie filtrée de la même solution, 5 périrent, et sur ces 5, 4 avaient un foyer de suppuration locale.

La partie filtrée produisit habituellement des suppurations plus

limitées que celles du résidu. Les solutions fraîches et injectées avec le plus grand soin déterminaient déjà au bout de deux à trois jours, au point opéré, un petit phlegmon microscopique.

Six injections faites avec du pus et du sang putrides, à la dose de 1 à 3^{cc}, produisirent la mort dans l'espace de un à dix jours après la formation de phlegmons locaux très-étendus.

Il résulte de ces expériences que chez le lapin il n'existe, en ce qui concerne les injections sous-cutanées, que des différences de degrés entre l'action de la partie filtrée et celle du résidu.

II. *Injections sous-cutanées sur des cochons d'Inde.*

Quarante-six expériences faites sur 37 animaux ont fourni les résultats suivants :

1° Sur 12	injectés avec	du sang septique.....	11 morts.
2° Sur 13	—	le résidu concentré de la solution de Pasteur.....	3 —
3° Sur 6	—	la partie filtrée de la solution de Pasteur.....	1 —
4° Sur 7	—	la partie filtrée du sang septique.....	2 —
5° Sur 8	—	le même liquide filtré auquel on a ajouté des bactéries.....	1 —

La comparaison entre les séries 1 et 2 montre combien est plus délétère l'action du sang septique, et plus faible celle du résidu concentré de la solution de Pasteur. Cette différence est d'autant plus remarquable que ce résidu avait été concentré à l'aide d'une triple et quadruple filtration. De plus, la dose employée a été habituellement moindre pour le sang septique, et, dans les treize expériences de la 2e série, on ajouta quatre fois des bactéries par le mélange de quelques gouttes de sang septique à la solution de Pasteur. Les 4 animaux vivaient encore quatre semaines après l'injection. La série 5 est très-remarquable, en ce sens qu'elle montre que la partie filtrée du sang septique, même après l'addition de bactéries, exerce un effet moins délétère que le sang septique non filtré, et il est tout à fait indifférent pour le résultat que les bactéries soient prises dans la solution de Pasteur ou bien dans le sang, par la méthode indiquée plus haut.

L'auteur conclut de ces expériences que l'effet délétère du sang septique ne doit pas résider dans les bactéries, mais bien dans quelques autres principes morphologiques ou chimiques qui sont retenus par le filtre. D'ailleurs, la partie filtrée du sang se distingue du résidu non-seulement par son indigence en bactéries ou autres parties solides, mais encore sous d'autres rapports. Ainsi, il ne contient plus de matières odorantes, il n'y a plus trace de sulfure d'hydrogène (souvent même pas après un repos de plusieurs jours), ce qui constitue un contraste frappant avec le résidu dont l'odeur est

effroyable et qui fournit la réaction de SH^2 de la manière la plus manifeste.

III. *Injections de champignons dans les voies aériennes.*

Pour introduire les liquides mis en expérience dans les voies aériennes, l'auteur s'est servi soit de la seringue de Pravaz, soit de l'appareil de Richardson qui imite mieux les conditions naturelles d'introduction des spores et dont l'efficacité n'est pas douteuse d'après les examens anatomiques qui ont suivi les inhalations.

Dans cinq expériences on employa, comme liquide d'inhalation, une solution de Pasteur mélangée avec du pus provenant d'un individu mort de pyohémie.

Sur vingt expériences faites sur des cochons d'Inde et des lapins, on constata huit fois des lésions du parenchyme pulmonaire. Le plus souvent, celles-ci consistaient en des foyers circonscrits, disséminés, variant depuis la grosseur d'un pois à celle d'une fève, présentant une coloration jaunâtre et offrant sur une coupe, à leur centre, la section d'une bronche.

Dans quelques cas rares, des lobes pulmonaires entiers étaient hépatisés; d'autres fois, les foyers circonscrits se combinaient avec une infiltration pneumonique diffuse.

Au microscope, dans les foyers circonscrits, on trouvait des cellules rondes altérées et des corps granulo-graisseux, jamais d'amas de micrococcus.

Les parties hépatisées offraient les lésions d'une pneumonie peu riche en fibrine, mais on n'y trouvait pas non plus, ni dans les alvéoles, ni dans les vaisseaux sanguins, d'accumulation de micrococcus. L'auteur fait remarquer que les animaux qui succombèrent, pendant l'été, à l'Institut pathologique présentaient les mêmes lésions que ceux qui avaient servi aux expériences.

Il n'a pas réussi à produire chez le lapin et le cochon d'Inde, par l'introduction de grandes doses de liquides sporifères, les lésions putrides du parenchyme pulmonaire, ni celles de la diphthérie, des abcès miliaires contenant des bactéries, altérations dont beaucoup d'auteurs considèrent maintenant les champignons comme la cause commune.

Le résultat obtenu chez ceux des animaux auxquels on a fait inhaler le pus pyohémique est particulièrement digne d'intérêt. Deux cochons d'Inde succombèrent au bout de quelques mois à des maladies intercurrentes reconnues; 2 vivaient encore après 4 mois, et le lapin eut une pleurésie fibrino-purulente et une pneumonie du lobe moyen et inférieur.

L'irritation préalable des voies aériennes a entravé plutôt que favorisé l'effet des liquides inhalés.

L'auteur ne peut pas donner de renseignements bien précis sur le sort des micrococcus et des bactéries introduits dans les voies aériennes.

Immédiatement après l'expérience, il est facile d'en constater la présence jusque dans les alvéoles pulmonaires. Chez les animaux qui succombent quatre à six jours après l'injection, on rencontre encore, çà et là, quelques-uns de ces organismes, mais ils sont beaucoup moins nombreux que chez ceux qui ont été abattus le jour même de l'opération.

Au bout de quatre à six semaines, on ne trouvait plus que quelques rares champignons ou même rien.

Chez quelques animaux, l'auteur a pu constater l'élimination des petits organismes par l'urine ; cependant il n'a jamais trouvé dans les reins de lésions métastatiques, pas plus que dans les autres organes.

Ces dernières expériences prouvent que l'introduction dans les voies aériennes de liquides contenant des bactéries et des micrococcus détermine, chez le lapin et le cochon d'Inde, des pneumonies qui ont d'ailleurs les mêmes caractères anatomiques que celles qui surviennent chez ces animaux en l'absence d'introduction démontrée de bactéries.

Wolff ajoute, avec raison, qu'il est impossible de dire quelle est, dans ces derniers faits, la part qui revient au liquide lui-même (c'est-à-dire sans bactéries ni micrococcus), puisque les injections sous-cutanées prouvent que ces liquides ne sont pas indifférents.

Sur l'infection putride, par le Dr ONIMUS. (*Note man. à l'Ac. de médecine, 11 mars.*)

Les expériences de M. Onimus ont été faites dans le but d'étudier l'influence des organismes inférieurs développés pendant la putréfaction sur l'empoisonnement des animaux.

En prenant du sang de malades atteints de fièvre typhoïde, ou du sang de bœuf ou de porc, et en plaçant ce sang dans du papier à dialyse, qui par son autre face est en contact avec de l'eau distillée, et en chauffant le tout suivant les indications de M. Davaine, on voit, au bout de quatorze heures, l'eau distillée qui se trouve à l'extérieur se troubler au point de devenir lactescente. Examinée au microscope, cette eau renferme une quantité prodigieuse d'organismes inférieurs, de vibrions, de bactéries, etc., absolument identiques à ceux que l'on voit dans le sang.

Ces organismes sont, de plus, infiniment plus nombreux dans une goutte de cette eau que dans une goutte du sang en contact avec l'autre surface du papier à dialyse.

Croyant, avec la plupart des auteurs, que ces organismes inférieurs étaient la cause de l'empoisonnement putride, M. Onimus a injecté quelques gouttes de cette eau sous la peau de lapins, en

même temps que sur d'autres lapins il injectait une seule goutte de sang putréfié.

Les lapins chez lesquels il a inoculé du sang sont tous morts au bout de fort peu de temps et en présentant les lésions indiquées par M. Béhier; mais aucun des lapins chez lesquels il a injecté de l'eau, renfermant cependant des milliers de vibrions et de bactéries, n'a succombé et n'a même eu de fièvre.

Ainsi, ces deux liquides renfermant tous deux les mêmes organismes inférieurs de la putréfaction, et n'étant séparés l'un de l'autre que par du papier à dialyse, ont une action différente.

L'un, le sang, a empoisonné rapidement, tandis que l'autre liquide, qui renfermait proportionnellement un plus grand nombre d'organismes inférieurs, a été complétement inoffensif.

M. Onimus a répété ces expériences sur neuf lapins, et, chaque fois, il a eu les mêmes résultats.

De plus, des lapins qui n'ont eu aucun phénomène morbide à la suite de ces injections, ont succombé à la suite d'injections de sang putride.

M. Onimus a également recueilli le sang des lapins morts empoisonnés; ce sang a été traité de la même façon, c'est-à-dire renfermé dans du papier à dialyse et mis en contact avec de l'eau.

Cette eau, au bout de quelques heures, a renfermé une grande quantité d'organismes; mais, injectée sous la peau des animaux, elle n'a déterminé aucun empoisonnement, tandis que toujours l'injection du sang en contact avec l'autre face du papier à dialyse était mortelle.

Ainsi, on a pu injecter sur un même lapin, sans déterminer d'empoisonnement, et en un même jour, 40 à 50 centilitres de cette eau dont chaque goutte renfermait des milliers de vibrions et de bactéries.

M. Onimus croit pouvoir conclure de ces expériences :

1° Que le virus de l'infection putride n'est point un ferment organisé appartenant à la famille des vibrioniens ;

2° Que les organismes inférieurs n'ont par eux-mêmes aucune action toxique; qu'ils semblent être le résultat et non la cause des altérations putrides ;

3° Que le virus de l'infection putride n'est point une substance dialysable, ce qui permet de le rapprocher des substances albuminoïdes.

On voit, d'après l'exposé de ces nouveaux travaux, que la question de la septicémie progresse lentement et que bien des contradictions feront naître sans doute d'autres expériences. Aussi terminerons-nous cette revue en rappelant en quelques mots les voies les plus nouvelles dans lesquelles les expérimentateurs se sont engagés.

On s'est demandé si le sang normal ne contient pas des éléments mobiles analogues à ceux des maladies infectieuses, et, de plus, on a examiné le sang dans un grand nombre de maladies. Les recherches en ce genre, déjà anciennes, sont encore loin d'avoir fourni des résultats concordants et complets. D'autre part, on a émis avec raison des doutes sur l'assimilation des organismes inférieurs à des virus, et, pour étudier l'action des organismes eux-mêmes, on fait des efforts pour les isoler des liquides qui les tiennent en suspension. Les travaux de Wolff et surtout celui de M. Onimus, qui ne tardera pas sans doute à être soumis à la critique expérimentale, donnent à la question un aspect nouveau, bien différent de celui sous lequel M. Davaine l'a exposée à l'Académie de médecine.

Enfin, on a dû remarquer aussi en lisant ces travaux que les différences de résistance offertes par les diverses espèces d'animaux, au point de vue des inoculations de matières septiques, sont encore très-imparfaitement connues et que, d'autre part, la description et la dénomination des organismes inférieurs, si variés de formes, d'aspect et d'allures, que l'on trouve dans le sang ou dans les liquides mis en expériences, laissent tellement à désirer, que les résultats obtenus par les divers expérimentateurs sont souvent à peine comparables entre eux. G. H.

TRAVAUX A CONSULTER.

Rapport de la commission des maladies régnantes pour octobre, novembre et décembre 1872, fait à la Soc. méd. des hôp., le 24 janv. 1872, par M. Ernest BESNIER. *(Un. méd.*, 1873, *n°* 14, *p.* 159.*)*

Les grippes, pleurésies, hémorrhagies bronchiques ont été particulièrement nombreuses; les affections pseudo-membraneuses également. Les fièvres éruptives, au contraire, ont atteint un chiffre très-modéré, excepté les érysipèles. Les fièvres typhoïdes ont été fort bénignes et assez nombreuses. On a observé un nombre assez grand de stomatites ulcéro-membraneuses. Enfin, on a noté quelques accidents puerpéraux, surtout à l'Hôtel-Dieu. J. C.

Ueber die Sterblichkeitsverhëllnisse Berlin's (Mortalité de Berlin), par le prof. VIRCHOW. *(Berlin. klin. Wochensch.*, 9 *décembre* 1872, *n°* 50.

De ce travail de statistique qui porte sur une période de quinze ans 1854-1868) ressortent quelques points intéressants à signaler. Les enfants au-dessous d'un an fournissent plus du tiers des décès. Les

maladies font plus de victimes chez les habitants des étages élevés que chez ceux qui demeurent dans des sous-sols.

A l'inverse des autres grandes villes européennes, Berlin présente la plus grande mortalité dans les mois de juillet et d'août surtout, et la moindre en février et novembre : il est curieux de remarquer que, sous ce point de vue, la capitale prussienne se rapproche des grandes cités de l'Amérique du Nord. — Enfin, il résulte du rapport de Virchow qui le maximum des décès berlinois correspond au niveau le plus bas des eaux souterraines (dont la décomposition est facilitée par la température estivale) et au plus grand nombre des cas de typhus.

J. B.

Contagion intra-utérine, par le professeur CAMPA, de Valence (Espagne). (*Gazette obstétricale de Paris, mars* 1873.)

Pendant l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Barcelone en 1870, on observa le cas suivant, très-concluant au point de vue de la contagion intra-utérine :

Une femme, enceinte de neuf mois, présenta tous les signes d'une métro-péritonite et fut traitée par la saignée et le calomel. Au bout de deux jours, elle accoucha d'une fille qui mourut avec des vomissements noirs, des épistaxis et offrit *post mortem* la coloration jaune caractéristique du typhus *icterodes*. La mère, dont l'état s'était d'abord amélioré, présenta elle-même les symptômes de la fièvre jaune, et succomba, cinq ou six jours après ses couches, aux atteintes de cette maladie.

L.-E. DUPUY.

A case of Foot-and-Mouth disease in the human subject (Cas de cocotte ou fièvre aphtheuse, dans l'espèce humaine), par William T. BRISCOE. (*Brit. med. Journ.*, 26 *oct.* 1872, *II*, *p.* 464.)

La fille d'un fermier, dont les vaches avaient été atteintes de cocotte aux mois de juin et de juillet, avait donné à manger à ces vaches et les avait traites. Bien qu'on eût évité, dans la famille, de boire le lait des vaches malades, cette jeune fille après six semaines de malaise fut prise d'une inflammation vive de la muqueuse linguale et de la langue. Celle-ci faisait saillie entre les arcades dentaires ; il y avait une gêne très-grande de la respiration, un écoulement fétide et des ulcérations de la muqueuse. La langue resta tuméfiée pendant plus d'un mois ; et la déglutition, au bout de six semaines, était encore gênée. Les symptômes généraux présentèrent une gravité inquiétante.

L'auteur de cette observation a vu la maladie se développer chez trois enfants qui avaient bu du lait de vaches malades, mais elle offrit chez eux une forme très-bénigne. E. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux dont la date n'est pas notée sont de* 1873.)

Histoire de la médecine, par le Dr Boyer. (*Dict. encycl. des sc. méd.* 2e série, tom. VI, 1re partie. — *Paris*, G. Masson et P. Asselin.)

Hippocrates : his life and writings (Vie et écrits d'Hippocrate), par Warburton Begbie. (*Brit. med. Journ.*, 21 et 28 déc. 1872.)

The Hunterian oration delivered at the Royal college of Surgeons, par Henry Hancock. (*Med. Times and Gaz.*, 22 fév. t. I, p. 189.)

Notes towards the history of the medical staff of the english army prior to the accession of the Tudors, par W. R. E. Smart. (Fin.) (*Brit. med. Journ.*, 15 fév. t. I., p. 168.)

Extract of an address on universities in their relation to professional education, par Lyon Playfair. (*Brit.. med. Journ.*, 15 fév., t. I, p. 165.)

American medical institutions, par M. Underhill. (*Brit. med. Journ.*, 14 déc. 1872.)

Die Seuchen, ihre Ursachen, Gesetze und Bekämpfung (Des maladies contagieuses, de leurs causes, des lois qui les régissent et des moyens de les combattre), par Œesterlen. (*Tubingen* 1872.)

Influence des milieux sur l'homme au point de vue médical, par M. A. Pellat. (*Thèse inaug. de Paris*, 1872.)

Practical lessons in the nature and treatment of the affections produced by contagions diseases (Leçons pratiques sur la nature et le traitement des affections contagieuses), by John Morgan. 1872.

Considérations générales sur la pathogénie spécialement des maladies endémiques des pays chauds, par le Dr J. Friocourt. (*Thèse de Paris*, no 22.)

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de décembre 1872, par Pareygne. (*Revue méd. de Toulouse.*)

Etiologie des épidémies et épizooties, par Plasse. (*Tribune méd.*)

Epidemiology or the remote causes of epidemic diseases, Part. 1, par John Parkin M. D.— *London.*

Mémoire sur l'infection putride aiguë, par le Dr Perrin. (*Gaz. hebd.* 1872, p. 755.)

Contribution à l'étude de la septicémie chirurgicale, par G. Richelot. (*Union médicale*, no 32 et 33.)

La station navale du Brésil et de la Plata, par Bourel-Roncière. (Série d'articles très-détaillés, par exemple sur la pathologie de Rio-de-Janeiro, etc.) (*Arch. de méd. navale*, 1872-1873.)

Les possessions néerlandaises des Indes occidentales (Billiton, Banca), climatologie, démographie, pathologie, etc., par VAN LEENT. (*Arch. de méd. navale*, n° 2.)

L'île de Pâques, démographie, pathologie, etc., par H. REY. (*Arch. de méd. navale*, n° 3.)

Essai de topographie médicale de la Basse-Cochinchine, A. GUEIRARD.— (*Toulon*, Robert.)

First annual report of the supervising surgeon of the marine hospital, service of the United States, for the year 1872. — *Washington*, 1872.

Ueber Berlins Sterblichkeitsverhältnisse (Mortalité de Berlin), par le Dr E. H. MULLER. (*Vierteljahrs, f. gericht. Med.*, n° 1.)

De la mortalité actuelle au Sénégal et particulièrement à Saint-Louis, par P.-F.-A. Thomas CARBONNEL. (*Th. Paris*, n° 10.)

Considérations pratiques sur le typhus bovin et charbonneux, par PÉTRY. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Bruxelles.*)

Mélanges de pathologie comparée et de tératologie, par O. LARCHER.—*Paris*, P. Asselin.

FIN DU PREMIER VOLUME.

L'Éditeur-Gérant: G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12.

La Table analytique des 2 volumes de chaque année est publiée avec le second volume.

3 gal.
806+